

Le rôle de l'infirmier-ère dans l'accompagnement des personnes souffrant d'addiction aux substances lors d'un processus de rétablissement

Une revue de littérature

Travail de Bachelor

Par

Pauline Francey, Célia Chassot et Sandrine Collaud

Promotion Bachelor 2013-2016

Sous la direction de: Déborah Perrinjaquet

Haute École de Santé, Fribourg
Filière soins infirmiers

14 juillet 2016

Résumé

Introduction : le thème de ce travail porte sur l'accompagnement infirmier aux patients souffrant de problèmes d'addiction aux substances lors d'un processus de rétablissement en unité de soins hospitalière et ambulatoire.

But : ce travail de Bachelor Thesis aboutit à des perspectives pour la pratique des soins infirmiers. Des pistes d'interventions infirmières permettant d'accompagner des personnes souffrant d'addiction aux substances sont proposées.

Méthode : ce travail de Bachelor Thesis est une revue de littérature, réalisée entre septembre 2015 et juillet 2016. Huit articles scientifiques ont été sélectionnés à partir de la banque de données PubMed puis analysés à l'aide de grilles d'analyse soit qualitative ou quantitative.

Résultats : Les résultats obtenus sont classés en cinq catégories : renforcer les ressources personnelles, promouvoir le bien-être, promouvoir une relation thérapeutique, être attentif aux besoins et aux désirs des patients ainsi que de bénéficier d'un réseau de soutien.

Discussion / conclusion: Nous avons confronté les résultats émergeant des différentes études avec les deux cadres théoriques choisis, l'approche motivationnelle et l'alliance thérapeutique. Les implications pour la pratique ainsi que les limites de l'étude sont citées.

Mots-clés : rétablissement, interventions infirmières, substances, addiction.

Tables des matières

Remerciements.....	4
1. Introduction	5
2. Problématique	6
2.1. Question de recherche	8
2.2. Objectifs	8
3. Cadre conceptuel.....	8
3.1. Les addictions	8
3.2. Les substances	10
3.3. Le rétablissement	11
3.4. Le rôle infirmier	13
4. Cadres de référence	14
4.1. L'alliance thérapeutique	14
4.2. L'approche motivationnelle	17
4.2.1. Les processus de l'entretien motivationnel	18
4.2.2. Les principes de l'entretien motivationnel	19
5. Méthode	21
5.1. Choix du devis: revue de littérature	21
5.2. Les étapes de la revue de littérature	22
5.3. Critères de sélection	23
5.3.1. Critères d'inclusion.....	23
5.3.2. Critères d'exclusion.....	23
5.4. Mots Mesh	24

5.5. Stratégies de recherche.....	24
6. Résultats.....	27
6.1. Renforcer les ressources personnelles	28
6.2. Promouvoir le bien-être	30
6.3. Etablir une relation thérapeutique	31
6.4. Être attentif aux besoins et désirs des patients	32
6.5. Bénéficier d'un réseau de soutien	35
7. Discussion.....	37
7.1. Regard critique sur les études	37
7.2. Discussion des résultats	39
7.2.1. L'alliance thérapeutique	39
7.2.2. L'approche motivationnelle	40
7.3. Réponses à la question de recherche	44
7.4. Conséquences /implications pour la pratique	45
7.5. Recherches ultérieures	47
7.6. Les limites de la revue de littératures	47
8. Conclusion	48
9. Références	51

Remerciements

Nous tenons à adresser nos remerciements aux personnes qui nous ont soutenues lors de la réalisation ce travail de Bachelor Thesis. Nous tenons ainsi à remercier :

Madame Déborah Perrinjaquet, professeure à la Haute École de Santé de Fribourg (HEdS) et directrice de ce travail de Bachelor Thesis, pour son soutien, sa disponibilité, son aide ainsi que ses précieux conseils.

Merci également à nos familles et amis pour la correction de l'orthographe de ce travail ainsi que pour leur soutien.

1. Introduction

Les substances psychoactives ont un effet immédiat sur les perceptions, l'humeur et le comportement. Ces effets varient selon la substance, la quantité, la fréquence et la durée de consommation (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanes (OFDT), 2015). Leur consommation régulière peut avoir des conséquences néfastes sur la vie personnelle et sociale de la personne. L'organisme peut également être touché à court terme par l'usage de certaines substances (surdoses, accidents, violences) ou à long terme (cancers, maladies respiratoires, cardiovasculaires et hépatiques) (OFDT, 2015). De plus, l'usage de substances psychoactives peut engendrer une dépendance. Ainsi, la consommation abusive de substances constitue un problème de santé publique majeur (OFDT, 2015).

À l'heure actuelle, en Suisse, soixante pour cent environ des trente mille personnes consommant de l'héroïne et de la cocaïne suivent une thérapie afin de se sortir de leur dépendance (Office Fédérale de la Santé Publique (OFSP), 2014). Les personnes qui ne se sentent pas prêtes à le faire aujourd'hui, le seront peut-être demain (OFSP, 2014). C'est ainsi que, pour certains, débute un long processus de rétablissement.

Comme le souligne le Réseau de Prévention des Addictions (2013), « la profession infirmière, qui est au sein du dispositif de soins, est le témoin de l'addiction ». Par conséquent, en tant que futures infirmières, nous serons fréquemment confrontées à cette population, dans les unités de soins hospitalières et ambulatoires en santé mentale. Il nous a donc semblé important d'élargir nos

connaissances sur cette thématique, ceci afin d'être capable de les accompagner au mieux dans leur propre chemin du rétablissement.

Cette revue de littérature s'interroge sur le rôle de l'infirmier-ère dans l'accompagnement des personnes souffrant d'addiction aux substances lors d'un processus de rétablissement. Dans un premier temps, ce travail expose la problématique en lien avec la complexité pour les infirmier-ère d'accompagner des patients souffrant d'addiction aux substances lors d'un processus de rétablissement. Puis, nous définissons les concepts et les cadres théoriques choisis. Le chapitre méthodologique définit ensuite l'ensemble du processus de recherche de ce travail. Puis nous présentons les résultats obtenus à l'aide de huit articles scientifiques et les catégorisons en cinq thèmes afin de permettre une analyse plus approfondie. Le chapitre discussion nous permet d'analyser les résultats obtenus à travers nos deux cadres théoriques. Finalement, nous terminons ce travail par une conclusion où les apprentissages et difficultés rencontrées sont nommés.

2. Problématique

Les données du monitoring Suisse (2004-2014) montrent que l'usage de substances multiples est fréquent parmi les personnes entrant en traitement en raison de consommation abusive de substances. En 2014, l'usage de substances multiples était mentionné par 15.7% de l'ensemble des personnes comme étant la principale raison de leur entrée en traitement. Environ quatre personnes sur cinq consommant des opiacés ou de la cocaïne ont déclaré avoir des problèmes avec une ou plusieurs autres substances (Monitoring suisse des addictions, 2014).

Les conséquences problématiques de la consommation d'alcool sont également considérables. D'après les enquêtes auprès de la population, 23.2% de la population suisse âgée de 15 ans et plus présentent une consommation d'alcool à risque (Monitoring suisse des addictions, 2014). Ainsi, la demande de prise en charge auprès d'institutions spécialisées en raison d'un problème principal d'alcool est importante et dépasse celle liée aux drogues illégales.

L'abstinence immédiate a longtemps été considérée comme l'unique critère attestant un retour réussi des personnes toxicomanes à la vie normale. En réalité, la réhabilitation est un processus en plusieurs étapes. Le chemin du rétablissement est ponctué de rechutes et prend du temps. Le patient doit réapprendre à vivre sans le produit et à travailler sur les motivations à consommer afin de prévenir les rechutes. Il s'agit également d'apprendre à reconnaître les besoins qu'auparavant on cherchait à combler avec la consommation (Addiction Suisse, 2016). Le rétablissement varie d'une personne à l'autre, et la même personne se rétablira de façon différente au fil du temps, en lien avec des changements dans son projet de vie (Provencher, 2008). Le but du professionnel est donc de mettre à la disposition de la personne les ressources, les informations, les habiletés et les réseaux de soutien pour qu'elle puisse gérer sa maladie autant que possible. (Shepherd et al, 2008). Selon Dallaire (2008) :

«L'infirmière l'invite [le patient] également à déterminer et à intégrer dans sa vie courante les apprentissages qui découlent de ses expériences fructueuses et infructueuses. La personne en voie de rétablissement ne vit pas en vase clos, mais en interaction avec son milieu de vie. Le parcours non linéaire du rétablissement et la diversité des projets de vie des personnes en voie de rétablissement requièrent une offre flexible de services et de programmes d'intervention. »

L'accompagnement de ces personnes doit donc être personnalisé tout comme le rétablissement l'est pour le patient.

2.1. Question de recherche

Cette revue de littérature vise à répondre à la question suivante :

Quel est le rôle de l'infirmier-ère dans l'accompagnement des patients souffrant de problèmes d'addiction aux substances lors d'un processus de rétablissement ?

2.2. Objectifs

Cette revue de littérature a pour but de:

- Résumer l'état des connaissances actuelles dans le domaine des soins infirmiers en santé mentale, axé sur le rétablissement aux personnes souffrant d'addiction aux substances.
- Analyser les résultats obtenus à l'aide des cadres théoriques choisis qui sont: l'alliance thérapeutique et l'approche motivationnelle.

3. Cadre conceptuel

Dans ce chapitre, nous avons choisi quatre concepts-clés qui vont être définis: les addictions, les substances, le rétablissement et le rôle infirmier-ère. Ces derniers nous ont permis de construire notre question de recherche et d'éclaircir la problématique.

3.1. Les addictions

Nous définissons les addictions en tant que concept, car il s'agit d'un thème central de ce travail et également la caractéristique principale de notre population.

De plus, selon GREA (2016), il existe aujourd'hui une tendance à user et abuser du terme addiction. En effet, il est difficile de parler d'addiction lorsqu'une consommation ou un comportement n'est pas accompagné d'une souffrance et/ou d'une perte d'autonomie. En d'autres termes, "boire régulièrement un bon verre de vin ou passer deux heures par jour devant des jeux vidéos n'est pas forcément synonyme d'addiction" (GREA, 2016). Ainsi, l'addiction peut être définie de la manière suivante: "La perte de l'autonomie du sujet par rapport à un produit ou un comportement" (GREA, 2016). Il s'agit d'un comportement répétitif caractérisé par la souffrance de la personne et des changements de son rapport au monde. L'addiction ne concerne pas que les substances, mais peut aussi se présenter sous d'autres formes telles que le jeu et la cyber addiction (GREA, 2016).

Nous préférons l'usage du concept d'addiction à celui de la dépendance, car il propose une vision plus large et s'intéresse à la relation d'ensemble entre l'individu et un produit ou un comportement (GREA, 2016). Avec l'addiction, nous nous intéressons à la nature de cette relation. Selon GREA (2016), "il s'agit de déterminer quelle est la part de souffrance et d'aliénation dans le rapport que l'individu entretient avec l'objet de sa dépendance". Le concept d'addiction s'intéresse également à la mémoire et au système de récompense du cerveau (GREA, 2016).

La dépendance, quant à elle, correspond davantage à une approche médicale, basée sur des critères diagnostics. Selon le CIM-10, afin d'établir un diagnostic de dépendance, au moins trois des manifestations suivantes doivent être présentes en même temps au cours de la dernière année :

- un désir compulsif de consommer le produit.

- des difficultés à contrôler la consommation.
- l'apparition d'un syndrome de sevrage en cas d'arrêt ou de diminution des doses ou une prise du produit pour éviter un syndrome de sevrage.
- une tolérance aux effets (augmentation des doses pour obtenir un effet similaire).
- un désintérêt global pour tout ce qui ne concerne pas le produit ou sa recherche.
- une poursuite de la consommation malgré la conscience des problèmes qu'elle engendre.

3.2. Les substances

Nous avons jugé pertinent de définir les substances, car c'est un terme relativement vaste qui peut inclure un large panel de produits.

Dans les années 70, une distinction a été faite entre les drogues "dures" et les drogues "douces". Une telle différenciation repose en partie sur le potentiel de dépendance de la substance, mais ne dit rien sur la relation existant réellement entre le consommateur et le produit (Addiction Suisse, 2016). Ainsi, il nous a paru pertinent d'élargir nos recherches à toutes les substances addictives, car nous nous intéressons au comportement addictif et non aux caractéristiques propres à chaque drogue. Nous incluons donc dans nos recherches toute substance répondant à la définition proposée par Addiction Suisse (2016) :

“Produit qui a un effet psychotrope ou psychoactif, qui perturbe le fonctionnement du système nerveux central (sensations, perceptions, humeurs, sentiments, motricité) ou qui modifie les états de conscience. Une substance est également susceptible d’entraîner une dépendance physique et/ou psychique”.

De cette manière, nous intégrons dans nos recherches aussi bien les personnes qui souffrent d'une addiction à une substance légale comme l'alcool ou le tabac que celles consommant une substance illégale telles que la cocaïne ou l'héroïne.

3.3. Le rétablissement

Nous avons choisi de définir le processus de rétablissement, car c'est dans ce cadre que nous nous intéressons à notre population cible. Il s'agit également de notre question de recherche et ceci nous aide à la compréhension de celle-ci.

Le terme "rétablissement" est la traduction française de recovery (Webster (1988), cité dans Auderset, 2014).

Selon le dictionnaire Larousse (2016), le rétablissement est l'action de rétablir ce qui avait cessé d'être, il permet de revenir à un bon état de santé. En santé mentale, il existe différentes définitions du rétablissement. Celle que nous trouvons la plus explicite et la plus adaptée pour notre contexte est celle d'Andersen et al. (2003, cité dans Auderset, 2014) qui définit le terme rétablissement "comme un processus plutôt qu'un résultat" et "comme la réalisation d'une vie pleine et significative, d'une identité positive fondée sur l'espoir et l'autodétermination, et implique de trouver l'espoir, redéfinir l'identité, trouver un sens à la vie, prendre la responsabilité du rétablissement". Ce processus n'est pas linéaire, celui-ci possède un certain nombre d'échecs à l'atteinte d'objectifs et ceux-ci peuvent être perçus comme des occasions d'expériences, d'apprentissages et de développement personnel (Young et Ensing (1999), cité dans Auderset, 2014). Selon Huguelet

(2013), “le rétablissement implique en effet de promouvoir l'acceptation de ce qui ne peut pas être changé, puis de construire un nouveau projet de vie positif”. Provencher (2002) mentionne que “le rétablissement ne peut être documenté et compris qu'à partir de l'expérience perçue et vécue de l'individu, et cela en portant une attention particulière aux facteurs influençant les possibilités et les probabilités de changement”. Provencher (2008) exprime que le rétablissement est une expérience très subjective.

Pour se rétablir en santé mentale, 7 messages peuvent aider à comprendre le processus de rétablissement (Auderset, 2014).

1. Le rétablissement est possible pour des personnes diagnostiquées avec des troubles psychiques dits sévères
2. L'espoir est primordial et contagieux
3. Chaque chemin de rétablissement est personnel et différent
4. La maladie et le rétablissement transforment la personne
5. Le rétablissement n'est pas linéaire, c'est un processus de va-et-vient
6. Le rétablissement se passe aussi quand les symptômes persistent ou quand de nouvelles crises se produisent
7. Le rétablissement est possible avec, sans, ou malgré l'aide professionnelle

Beaucoup de services du domaine de la psychiatrie offrent à ce jour des soins axés vers le rétablissement (Favrod et al, 2012). Selon Sheperd, Boardman & Slade (2008), c'est en effet le nouveau principe d'organisation sur lequel reposent les services de santé mentale de différents pays. Selon Scheder et Favrod, “les

personnes rétablies se sentent grandies par l'expérience de la maladie et du rétablissement, même si elles ont un statut social inférieur à celui qu'elles avaient avant la maladie”.

3.4. Le rôle infirmier

Nous allons définir le rôle infirmier en s'appuyant sur le modèle d'intermédiaire culturel de Michel Nadot. Afin de construire le rôle professionnel (SC4), le système d'intermédiaire culturel s'appuie sur trois autres systèmes : le SC1 (les fonctions institutionnelles), le SC2 (les fonctions médico-déléguées) et le SC3 (les fonctions indépendantes). En prenant en compte ces trois champs, l'infirmière peut agir selon son statut et de sa fonction, des règles déontologiques, des priorités et de pouvoir les argumenter (Nadot (n.d), cité dans Busset & Gross, 2013).

Les fonctions institutionnelles (SC1) comprennent les fonctions de l'institution c'est-à-dire les missions et les offres institutionnelles, le respect des droits des patients, les règles institutionnelles, ainsi que les ressources, les limites de l'institution et la collaboration interdisciplinaire (Nadot (n.d), cité dans Busset & Gross, 2013).

Les fonctions médico-déléguées (SC2) prennent en compte la raison de la demande de soins, les diagnostics médicaux ainsi que les antécédents, l'évolution de la maladie, l'état actuel du patient, les signes et symptômes, le traitement, les surveillances, les investigations, la prévention et l'enseignement (Nadot (n.d), cité dans Busset & Gross, 2013).

La fonction indépendante (SC3) est séparée en deux axes, celui du soignant puis celui de la personne soignée. Dans l'axe du soignant, il est important de prendre connaissance des besoins, des attentes du patient sans oublier celles de son

entourage. L'axe du professionnel comprend les moyens individuels ou collectifs pour favoriser le patient à vivre une étape importante de sa vie (Nadot (n.d), cité dans Busset & Gross, 2013).

En prenant en compte tous ces éléments, l'infirmière peut proposer une prise en charge avec des priorités et mettre en avant des données nécessaires dans chaque système culturel. Les tensions potentielles entre chaque système sont déterminées et les besoins d'une collaboration interdisciplinaire. De plus, les valeurs ainsi que les responsabilités qui suggèrent le positionnement infirmier sont exprimées. En résumé, le système SC4 permet d'agir en proposant des interventions infirmières qui prennent compte de la globalité sans oublier la complexité de la situation (Nadot (n.d), cité dans Busset & Gross, 2013).

4. Cadres de référence

Nous avons choisi deux cadres de référence principaux pour traiter la problématique.

4.1. L'alliance thérapeutique

Il s'agit pour nous d'une notion importante dans l'accompagnement des personnes souffrant d'addiction aux substances dans le but de favoriser le rétablissement.

Selon le dictionnaire Larousse (2016), l'alliance signifie "un accord, une union de deux choses de natures différentes". Celle-ci provient du verbe allier qui signifie "mêler, combiner, réunir ensemble".

Selon Bastian, Valdeyron et Vaquier (2001) ce nom apparaît dans la bible et signifie des promesses ainsi que des accords entre Dieu et l'humanité. Il s'agit d'un concept universel.

Le terme « alliance thérapeutique » a été abordé par Freud en 1912 (Bastian et al, 2001). Il s'agit donc d'un concept relativement âgé et qui a selon Corbière et al. (2006) un rôle bénéfique dans le processus psychothérapeutique actuellement reconnu en santé mentale.

Selon Phaneuf, l'alliance thérapeutique signifie que le patient et le soignant s'engagent à collaborer ensemble dans un processus de changement et à travailler sur la recherche du mieux-être.

En 1965, Grenson inventa le terme d'alliance de travail. Celle-ci est proposée sous trois composantes:

- Le transfert
- L'alliance de travail
- La relation

Ensuite, il s'agit de Zetzel qui instaura le principe de l'alliance thérapeutique. Elle décrit ceci comme une notion qui découle de l'attachement du soigné au soignant (cités dans Bastian et al, 2001).

Carl Rogers a ensuite rendu les principes de l'alliance thérapeutique facilement adaptables aux soins infirmiers psychiatriques, en toxicomanie et même dans le champ somatique (Phaneuf, 2016). Selon Bastian et al (2001), Rogers a émergé l'idée que le thérapeute devrait respecter certains points dans le but qu'un changement de comportement survienne chez le patient: "tels que l'empathie, le regard inconditionnellement positif et l'authenticité du thérapeute".

Meier et al. (2005) affirment que plus le soignant et le patient ont les mêmes objectifs visés, plus le soigné s'investira dans la thérapie. Selon Phaneuf (2016), ceci permet une amélioration de l'état du patient, car celui-ci se sent en confiance dans cette prise en charge. De ce fait, il s'établit une certaine harmonie entre eux. La relation infirmière-patient basée sur la confiance est un élément essentiel dans la santé mentale, car les patients en ont besoin pour se stabiliser (Senn et al., 2012). Senn (2012) a souligné que la confiance est la base d'une relation entre soignant et soigné. Selon Bossio, pour que cette alliance puisse se développer au mieux, les premiers liens sont primordiaux. Le soignant doit établir une relation empathique, authentique, chaleureuse et professionnelle. Cette relation est basée sur la confiance. L'authenticité donne l'image du soignant tel qu'il est dans le but de communiquer sans ambiguïté. La relation d'aide repose sur une approche chaleureuse et respectueuse (cité dans Klein, 2009). Donc, si le soignant sait écouter et accepter ce qui se passe en lui le degré de confiance sera plus haut. Cette attitude favorise les liens d'attachement. Celle où les partenaires s'accordent sur leurs émotions constitue l'aspect le plus profond de l'alliance thérapeutique (Cerfasy, 2016).

Bordin (1979) fait remarquer que l'alliance thérapeutique n'est pas en elle-même curative, mais qu'elle se présenterait comme « un levier sur lequel le patient s'appuie pour adhérer au suivi et poursuivre son traitement » (Bachelart et Bioy, nd).

Selon la Revue Médicale Suisse (2000), si l'alliance thérapeutique entraîne des discussions ces trente dernières années, c'est que celle-ci révèle de nos jours des effets thérapeutiques dans différents traitements. Cependant, "l'alliance joue un rôle

crucial, mais pas suffisant” (Collot et al, 2011). En effet, celle-ci peut-être vue comme un pilier en santé mentale sur lequel d’autres approches doivent s’appuyer pour favoriser le rétablissement, comme par exemple l’approche motivationnelle.

4.2. L’approche motivationnelle

L’approche motivationnelle a été développée en 1991 par William Miller et Stephen Rollnick dans les pays anglo-saxons. Cette approche centrée sur la personne est en constante évolution, elle est souvent utilisée lors de comportements addictifs et dans l’éducation thérapeutique. Elle est appropriée dans les situations où la personne ressent une certaine ambivalence face à un comportement précis qui pose problème. Selon Larousse (2016), l’ambivalence est définie comme « tendance à éprouver ou à manifester simultanément deux sentiments opposés à l’égard d’un même objet ». Devant le changement, faire part d’un discours ambivalent est naturel. Très souvent dans la pratique, les professionnels ont le réflexe correcteur. Ceci signifie qu’ils ont tendance à émettre des arguments positifs au changement à la place de la personne. Selon l’Association Française De l’Entretien Motivationnel (AFDEM) (2016), cette pratique a un effet contre-productif, car les personnes auront l’impression d’être privées de leur autonomie et développeront une contre-argumentation afin de ne pas changer leur comportement (AFDEM, 2016).

L’approche motivationnelle comprend quatre processus consécutifs, mais qui se chevauchent. Ces quatre processus sont l’engagement dans la relation, la focalisation, l’évocation et la planification (AFDEM, 2016).

4.2.1. Les processus de l'entretien motivationnel

Le premier processus se nomme l'engagement dans la relation. Il décrit le temps de la rencontre entre le patient et le professionnel. Durant ce premier temps, il est essentiel d'établir une *alliance thérapeutique*. Ce processus est influencé par les contraintes externes, l'état émotionnel intérieur du soignant et du soigné, ce qui va être mis en œuvre, les mots ainsi que les attitudes du professionnel (AFDEM, 2016).

Le deuxième processus est la focalisation, c'est lors de cette phase que le professionnel s'accorde avec la personne sur la direction visée par l'accompagnement. Parfois, les objectifs du patient et du soignant sont différents, il est important d'arriver à se mettre d'accord sur les différents objectifs. Il y a trois styles qui peuvent être choisis : une approche directive, une approche non directive ou une guidance. Cette dernière est conseillée par l'entretien motivationnel. Le fait de guider à l'aide d'échanges et de discussions permet de se mettre d'accord sur ce qui est envisageable et réaliste de cibler en vue du changement. Ce processus est continu, il faut parfois y revenir pour réajuster les objectifs (AFDEM, 2016).

L'évocation est le troisième processus. C'est durant cette étape que le professionnel aide le patient à verbaliser ses arguments et ses motivations propres à changer des comportements. C'est le centre de l'approche motivationnelle, c'est là que le professionnel doit être attentif au discours-changement du patient. Durant l'évocation, le patient fait preuve d'ambivalence. Il peut avoir un discours-maintien où il exprime les raisons qui peuvent l'empêcher de changer de comportement et en même temps un discours-changement où il exprime les raisons qui lui donnent envie de changer de comportements (AFDEM, 2016).

Deux formes de discours-changement existent: le discours préparatoire et le discours de mobilisation. Le discours préparatoire est reconnaissable par le fait qu'il contient les désirs, les capacités, les raisons et les besoins de la personne. Le discours mobilisation amorce le début de changement de comportements. Le professionnel doit être vigilant à quel discours le patient utilise afin de voir si c'est nécessaire d'aider le patient à dénouer son ambivalence ou pas. Pour cela, le professionnel peut utiliser plusieurs méthodes telles qu'imaginer une situation extrême, rappeler le passé, imaginer l'avenir et souligner le discours-changement (AFDEM, 2016).

Le dernier processus est la planification. Elle commence une fois que le patient a un discours-changement dans le mode mobilisation. Il est important de consolider l'engagement de la personne dans le changement de comportement et d'établir un plan d'action. Durant cette étape, le professionnel fait ressortir les capacités et les ressources de la personne face à la situation. Le professionnel a aussi pour rôle d'informer le patient sur les différentes possibilités d'actions possibles, mais toujours en laissant au patient son autonomie (AFDEM, 2016).

4.2.2. Les principes de l'entretien motivationnel

L'approche motivationnelle s'appuie sur quatre grands principes qui sont le partenariat, le non-jugement, l'altruisme et l'évocation. Elle a pour but d'accroître la motivation au changement en tenant compte de l'ambivalence de la personne, ses valeurs et ses perceptions. L'entretien motivationnel est conduit vers un objectif déterminé, il est directionnel (AFDEM, 2016).

Le professionnel ne doit pas adopter une posture d'expert, mais un partenariat entre le soignant et le soigné doit être créé. Le soignant est « expert » de son domaine, il possède des savoirs techniques et le soigné est expert de sa propre situation, il se connaît et reconnaît ses réactions, ses limites et ce qu'il peut supporter.

Le non-jugement est un principe découlant du travail de Carl Rogers, il est essentiel dans l'approche motivationnelle. Dans ce principe, plusieurs aspects sont importants. Le premier est *le regard inconditionnellement positif*. Le fait que le professionnel porte un regard positif et confiant sur le patient lui permettra d'évoluer. Le professionnel doit chercher à comprendre le monde intérieur du soignant, cela s'appelle *l'empathie approfondie*. *Le respect et le soutien de l'autonomie* ainsi que *la valorisation* sont des aspects importants du non-jugement (AFDEM, 2016).

L'évocation signifie que le professionnel doit aider le patient à exprimer ses ressources, car ce dernier a toutes les ressources nécessaires en lui pour dénouer cette ambivalence.

L'altruisme est le dernier principe de l'approche motivationnelle. Il est essentiel, car l'approche motivationnelle se dirige vers la recherche du mieux-être de l'autre c'est-à-dire du patient et pas du professionnel (AFDEM, 2016).

Les compétences indispensables dans l'entretien motivationnel sont : poser des questions ouvertes, valoriser, l'écoute réflexive, résumer, informer et conseiller. Ces dernières sont nécessaires durant chaque processus. Les questions ouvertes ont pour but de mettre au centre le discours de la personne, celle-ci est libre d'exprimer ses idées et ses propres sentiments. Il est important que la valorisation soit sincère et authentique, car elle encourage l'engagement dans la relation. Il est

intéressant de proposer un point de vue plus positif dans les situations vécues comme un échec pour le patient. L'écoute réflexive est une pratique difficile à contrôler, elle consiste à refléter verbalement de façon simple ou complexe. Ces interventions ont pour but l'introspection du patient. Afin d'y arriver, le professionnel peut exagérer ou minimiser les dires de la personne, faire une reformulation qui va plus loin que les propos énoncés. Résumer les propos de la personne est une technique qui permet de valider ce qui a été compris et de développer un regard sur ce qui a été dit durant l'entretien. Le professionnel se doit d'informer et de conseiller son patient tout en assurant son autonomie (AFDEM, 2016).

5. Méthode

Dans ce chapitre, la méthode que nous avons utilisée pour effectuer ce travail est expliquée. Ce point comporte: le choix du devis argumenté, les étapes de notre revue de littérature, les critères de sélection, les différentes banques de données utilisées, les termes Mesh que nous avons choisis pour effectuer notre revue ainsi que nos stratégies de recherches pour chacun des articles retenus.

5.1. Choix du devis: revue de littérature

Ce travail de bachelor est rédigé sous forme de revue de littérature. Cette dernière est définie comme "une évaluation critique de recherches approfondies et des théories relatives à un sujet spécifique" (Coughlan, Ryan & Cronin, 2013, traduction libre).

Une revue de littérature permet une connaissance approfondie de notre problématique en se basant sur des éléments scientifiques, un regard sur les lacunes et les connaissances actuelles de ce thème, une perception des modèles

théoriques utilisés pour cette problématique et surtout un point de référence sur ce problème choisi (Fortin, 2010).

En d'autres mots, cette revue de littérature consiste à l'analyse d'articles qui nous permet d'apporter des réponses à notre question de recherche.

Les différentes étapes de cette revue de littérature sont décrites ci-dessous.

5.2. Les étapes de la revue de littérature

Le déroulement du processus de recherche se décline en quatre phases selon Nadot (2009): la phase conceptuelle, la phase méthodologique, la phase empirique et la phase d'interprétation des données.

Pour la phase conceptuelle, nous avons donc déterminé le problème que nous voulions étudier en éclaircissant le sujet de l'étude, la présentation des données de la situation, l'état des connaissances et l'importance de l'étude pour la pratique professionnelle.

Pour la partie méthodologique, nous avons défini la population concernée, choisi des termes MESH utiles à la collecte de donnée et ensuite, nous avons effectué des recherches d'articles sur les banques de données comme Cinahl et PubMed. Cependant, nous avons dû élargir notre champ de recherche, car il n'y avait pas d'articles répondant directement à notre question de recherche. D'autres stratégies de recherches sur PubMed n'ont pas été concluantes. De plus, certains articles n'ont pas été retenus suite à la lecture du titre, du résumé et/ou des résultats, car ils ne rentraient pas dans notre question de recherche.

Nous avons sélectionné différentes recherches en nous basant sur leur justesse et leur pertinence, ceci correspond à la phase empirique de notre travail. Pour l'analyse des différents articles récoltés, nous avons utilisé les grilles d'analyse, soit

qualitative ou quantitative que nous proposent les cours de méthodologie de la HEDS. Celles-ci nous ont permis de cibler les informations essentielles de chaque article. Les résultats de notre travail sont mis en discussion avec les cadres de références que nous avons retenus pour l'élaboration de ce travail. Ceci dans le but de proposer des pistes d'interventions infirmières adéquates à notre problématique.

5.3. Critères de sélection

Afin de cibler les recherches scientifiques de cette revue de littérature, des critères de sélection ont été déterminés.

5.3.1. Critères d'inclusion

Afin de faire des recherches pertinentes et de traiter le concept de rétablissement de manière optimale, nous avons choisi de traiter des études qualitatives, quantitatives et mixtes. Les études peuvent être soit en français, allemand et anglais. La population choisie est la personne adulte âgée de 18 à 65 ans. Les recherches visent comme contexte le milieu de la santé mentale. La date de parution des articles se situe entre 2005 et 2015.

5.3.2. Critères d'exclusion

Les recherches dans d'autres langues que le français, l'allemand et l'anglais ont été exclues. L'âge de la population ne se situant pas entre 18 à 65 ans, ainsi que les études publiées avant l'an 2005 également. Afin de cibler les articles sur la problématique, les études n'apportant pas d'éléments sur la thématique ainsi que les recherches ne traitant pas du domaine des soins sont bannies.

5.4. Mots Mesh

Rétablissement	Recovery of function/ Convalescence
Addictions aux drogues	Substance-Related Disorders
Relations	Nurse-Patient Relations
Soins infirmiers	Nursing care
Santé mentale	Mental Health
Abus de drogue	Drug abuse
Abus de substances	Substance abuse
Centre de désintoxication	Drug treatment center

5.5. Stratégies de recherche

Les stratégies de recherche décrites dans ce chapitre ont été effectuées sur PubMed. Certains articles n'ont pas été recherchés avec des mots MESH, car cela diminuait beaucoup notre champ de recherche. Des recherches sur Cinhal ont été menées, mais aucune n'a pu être retenue pour ce travail. Plusieurs articles ont été trouvés en consultant la bibliographie d'un article ou d'une revue de littérature.

Stratégie n°1

("Convalescence"[Mesh]) AND "Substance-Related Disorders"[Mesh]

96 articles trouvés, dont 1 retenu :

H. Moos, R., S. Moos, B. (2006). Protective resources and long-term recovery from alcohol use disorders. *Drug and alcohol dependence*, 86, 46-54.

Stratégie n°2

“Laudet”

336 articles trouvés, dont 3 retenus :

B. Laudet, A., Stanick, V., Sands, B. (2009). What could the program have done differently ? A qualitative examination of reasons for leaving outpatient treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37(2), 182-190

B. Laudet, A., Stanick, V. (2010). Predictors of motivation for abstinence at the end of outpatient substance abuse treatment, *Journal Substance Abuse Treatment*, 38(4), 317-327

Kaskutas, L., J. Borkman, T., Laudet, A., Ritter, LA., Witbrodt, J., Subbaraman, MS., ... Bond, J. (2014). Element That Define Recovery : The Experiential Perspective. *Journal of studies on alcohol and drug*, 75 (6), 999-1010

Stratégie n°3

“(drug abuse)” AND “relational care”

50 articles trouvés, dont 1 retenu:

Jessica M. Wilson BSN, Sadie P. Hutson PhD, RN, WHNP, BC & Ezra C. Holston PhD, RN (2013) Participant Satisfaction with Wellness Recovery Action Plan (WRAP), *Issues in Mental Health Nursing*, 34:12, 846-854, DOI: 10.3109/01612840.2013.831505

Stratégie n°4

Revue de littérature écrit par Laura Xhymshit et Virginie Jordan : Comment
l’infirmier / ère peut-il / elle construire une relation interpersonnelle de qualité avec
des personnes vivant un sentiment de dépendance ?

6 articles trouvés, dont 1 retenu:

Evelien A. G, J., Cor A. J, D., Gerdien H de Weert-van, O., Sensky & Cees P.F. van der Staak, T. (2011). Substance Use & Misuse, *Shared Decision-Making: Increases Autonomy in Substance-Dependent Patients*, 46 : 8, 1037-1048

Stratégie n°5

Revue de littérature écrite par Schläpfer Katia :

“Le rôle infirmier dans l’accompagnement de patient vivant le rétablissement”

10 articles trouvés, dont 1 retenu :

McNeela, G. Clinton, C. Place, A. Scott, P. Treacy, A. Hyde et H. Dowd. (2010). Psychosocial care in mental health nursing: a think aloud study. Journal of advanced nursing, 66, 1297-1307

Stratégie n°6

((adult) AND motivation) AND alcohol therapy) AND alcohol drinking)

892 articles trouvés, dont 1 retenu :

Kemp, R., Harris, A., Vurel, H., & Sitharthan, T. (2007). Stop using Stuff: trial of drug and alcohol intervention for young people with comorbid. Vol 15, No 6. The Royal Australian and New Zealand College of psychiatrists.

Stratégie n°7

("Substance-Related Disorders"[Mesh]) AND "Recovery of Function"[Mesh]

161 articles trouvés, dont 0 retenu

Stratégie n°8

("Nurse-Patient Relations"[Mesh]) AND "Recovery of Function"[Mesh]

13 articles trouvés, dont 0 retenu

Stratégie n°9

“recovery” AND “drug abuse”

5072 articles trouvés, dont 0 retenu

Stratégie n°10

((("Nursing Care"[Mesh]) AND "Substance-Related Disorders"[Mesh]) AND "Recovery of Function"[Mesh]

2 articles trouvés, dont 0 retenu

Stratégie n°11

("Nursing Care"[Mesh]) AND "Recovery of Function"[Mesh]

122 articles trouvés, dont 0 retenu

Stratégie n°12

((("Mental Health"[Mesh]) AND "Nursing Care"[Mesh]) AND "Recovery of Function"[Mesh]) AND "Substance-Related Disorders"[Mesh]

0 article trouvé

Stratégie n°13

("Mental Health"[Mesh]) AND "Recovery of Function"[Mesh]

95 articles trouvés, dont 0 retenu

6. Résultats

Nous avons fait ressortir les résultats de nos huit articles retenus, dans les grilles de lecture critiques soit qualitatives, quantitatives ou mixtes proposées par la HEDS. Celles-ci se trouvent en annexes. Elles ont permis de simplifier les données et de les présenter de manière claire et compréhensible.

Pour décrire nos résultats dans ce chapitre, nous les avons répartis en cinq catégories différentes permettant de cibler les données. Ces différents points sont:

1. Renforcer les ressources personnelles: cette catégorie correspond aux différentes ressources personnelles que les infirmiers peuvent faire ressortir chez le patient. Ceci dans le but de favoriser son rétablissement.
 - i. Études retenues: 3
2. Promouvoir le bien-être: cette catégorie correspond aux interventions qui favorisent le rétablissement et de ce fait le bien-être.

i. Études retenues: 3

3. Établir une relation thérapeutique: dans cette rubrique, les interventions touchant l'aspect relationnel entre le patient vivant le rétablissement et le professionnel sont répertoriées.

i. Études retenues 3

4. Être attentif aux besoins et désirs des patients: dans ce point nous nous intéressons aux attentes et désirs des patients qui sont soignés dans un centre de rétablissement. Nous mettons en évidence l'importance pour les soignants d'y être attentifs.

i. Études retenues 3

5. Bénéficier d'un réseau de soutien: les questions de cette dernière catégorie décrivent le soutien comme intervention pouvant promouvoir le rétablissement. Celui-ci peut se présenter par les proches, la famille, les amis, les soignants et même par diverses activités.

i. Études retenues 5

6.1. Renforcer les ressources personnelles

Une étude réalisée par Moos et Moos (2006) a pour but d'examiner les ressources personnelles et sociales, tirées de l'apprentissage social (confiance en soi et approche du coping), du comportement économique (la santé, les ressources financières, les ressources liées aux alcooliques anonymes) et des théories de contrôle social (liens entre membres de famille, les amis et les collègues) sur un moyen et long terme sur les personnes souffrant de troubles alcooliques. Ces auteurs ont mis en évidence que dans les trois ans après que les patients aient fini le traitement, le fait d'avoir confiance en soi et de meilleures ressources financières

prédisaient moins de consommations et moins de problèmes liés à la consommation d'alcool. Une meilleure santé prédit moins de problèmes de consommation d'alcool. Les stratégies de coping et des ressources financières prédisent un meilleur fonctionnement social. De plus, une meilleure confiance en soi et des ressources financières prédisent de manière indépendante moins de dépression. Cette étude révèle que les participants ayant cinq ressources ou plus avaient à trois ans, un pourcentage de rémission de 74,2%. Les participants n'ayant aucune ressource citée avaient 26,4% de chance de se rétablir. Les personnes ayant seulement une à deux ressources avaient 43% de chance de se rétablir. Si les personnes avaient entre 3 et 4 ressources, leur chance de se rétablir était de 68%.

L'étude exécutée par Laudet et Stanick (2010) a pour but de définir les éléments qui influencent la motivation afin de prédire l'engagement à l'abstinence à la fin du traitement. Ceci s'appuie sur la littérature qui dit que plus la motivation est élevée plus les chances de réduire la consommation sont élevées. Les auteurs ont pu démontrer que le fait qu'une future consommation de drogues soit mal perçue, l'auto-efficacité de l'abstinence, la satisfaction de la qualité de vie influence positivement la motivation à l'engagement à l'abstinence. Cependant, le stress perçu par les personnes vivant le rétablissement, le degré de dépendance et la tentation de consommer des drogues sont des entraves à l'engagement à l'abstinence en fin de traitement.

Une étude de Wilson, Hutson et Holston (2013) a pour but d'investiguer sur la satisfaction des patients avec le Plan d'Action du Rétablissement et du Bien-être (WRAP).

Il en est ressorti de cette étude des résultats quantitatifs et qualitatifs. L'analyse du contenu qualitatif a servi à identifier les thèmes individuels et reconnaître les relations entre les thèmes. Cela dans le but de comprendre comment les relations et les tendances thématiques contribuent au rétablissement des participants du WRAP (Corbin et Strauss, 2008). Les résultats qualitatifs décrivent quatre thèmes majeurs améliorant la santé mentale tirés des entretiens. Ceux-ci sont: le désir rétrospectif d'une première introduction au WRAP qui comprend l'exposition aux concepts à un jeune âge, l'image positive de soi, le soutien relationnel inconditionnel et "cela prend du temps". Cette étude a rapporté en lien avec l'un de ces thèmes, que les patients ne peuvent pas "faire semblant", mais que ceux-ci doivent avoir de la volonté afin de travailler le rétablissement.

6.2. Promouvoir le bien-être

Dans l'étude de Wilson et al. (2013), le WRAP a été rapporté à plusieurs reprises comme étant une "deuxième maison" et comme une atmosphère sans jugements où tout le monde est accepté tel qu'il est. La responsabilité personnelle est un concept important dans le WRAP concernant ce qu'il faut faire pour être bien. Cette étude a également rapporté que plus la participation au WRAP est grande, plus les symptômes de la dépression et de l'anxiété diminuent, cette remarque soutient donc le fait qu'il faut veiller à ce que les participants utilisent cet outil adéquatement pour favoriser leur bien-être. Les cliniciens pourraient intégrer l'autonomie, la conscience de soi et la confiance en soi dans leur programme de rétablissement, car ceux-ci ont rapporté favoriser la satisfaction des patients concernant les programmes de rétablissement. Beaucoup de patients ont indiqué qu'ils ne se sentaient pas prêts à s'engager dans le processus de rétablissement avec le WRAP. Cependant, avec le

temps les participants se sont rendu compte que ce programme est bénéfique et souhaite s'y engager. 100% des patients ont rapporté que chaque point du WRAP a été bénéfique pour leur propre rétablissement.

L'étude de Laudet et Stanick (2010) a mis en évidence le fait que la satisfaction de la qualité de vie influence de façon positivement l'engagement à l'abstinence en fin de traitement.

Moos et Moos (2006) mettent en évidence qu'une meilleure santé et de meilleures ressources financières prédisent indépendamment moins de dépressions.

6.3. Etablir une relation thérapeutique

L'étude d'Evelien, Cor, Gerdien, Sensky et Cees (2011) a pour but d'évaluer les effets de l'intervention basée sur la prise de décision partagée. Pour ce faire, cette technique a été appliquée dans un groupe test et les résultats ont été comparés avec un groupe contrôle dans lequel la prise de décision n'a pas été pas modifiée. Les participants du groupe ayant adopté la prise de décision partagée ont perçu un comportement plus extraverti. Ils se sont sentis plus ouverts et plus sociables que le groupe contrôle. Cette étude suggère également que le comportement du professionnel influence le comportement du patient. Si le professionnel se sent plus convivial, il perçoit le comportement du patient comme étant plus "amical". Inversement, si le professionnel se sent "agressif" envers le patient au départ du traitement, un accroissement de l'agressivité de la part du patient sera perçu.

L'étude de McNeela et al. (2010) a pour but de décrire les interventions psychosociales auprès de patients souffrant de schizophrénie. Cette dernière définit

le dialogue de la manière suivante: une approche centrée sur le patient, une orientation phénoménologique et des conseils non directifs. Le dialogue peut également prendre une forme de collaboration. Ce dernier permettrait de faciliter la libre expression des sentiments. Ainsi, la compréhension du comportement par les soignants serait simplifiée. Le thème dialogue est stratégiquement important, car il prend souvent la forme de l'engagement en accord avec les préférences du patient et de la politique de santé mentale.

Selon Wilson et al (2013), les participants rapportent que la confiance et la compréhension dans le programme du WRAP ne s'établit pas rapidement, ceci peut prendre un certain temps.

6.4. Être attentif aux besoins et désirs des patients

Selon Wilson et al (2013), les participants auraient souhaité une première introduction au WRAP au cours de leur adolescence ou de leur âge de jeune adulte, dans le but d'être informé et d'avoir déjà utilisé les différents aspects du programme. La plupart auraient souhaité une période de temps avant et pendant leur diagnostic dans le but de les aider à comprendre leurs sentiments, leurs éléments déclencheurs ou comment faire face aux situations difficiles survenant dans leur vie et ceci dans le but d'améliorer leur bien-être. Les participants ont fait part de leurs réflexions à propos d'où ils en sont dans leur vie en comparant avant et maintenant. Ceux-ci pensent que leur qualité de vie aurait pu être meilleure s'ils avaient été exposés plus tôt au WRAP. Ils expriment que leur qualité de vie aurait pu être comme celle qu'ils possèdent à ce jour.

Concernant leur aspiration à avoir une image positive de soi, les participants ont pu s'exprimer en mentionnant leurs désirs d'introduire aux autres la possibilité d'avoir

une meilleure qualité de vie. Beaucoup de participants ont trouvé des points positifs d'avoir la possibilité de faire part de leur histoire du rétablissement et chacun a proposé des moyens permettant de mettre en avant leurs points forts, de leurs intérêts ainsi que leur engagement. Ceci permet d'introduire le terme "espoir" dans la notion de rétablissement et permet aux autres patients de prendre des exemples de moyens constructifs déjà utilisés par d'autres patients pouvant peut-être les aider à trouver des stratégies pour améliorer leur bien-être. De plus, cet article a démontré que la formation des professionnels de la santé mentale en incluant l'éducation permettrait d'augmenter la satisfaction des patients dans des programmes de santé mentale comme le WRAP. Ceci a été démontré lors de différents ateliers du WRAP qui ont fait ressortir que les professionnels ainsi que les patients en santé mentale partagent des attitudes et des connaissances similaires sur la notion du rétablissement, même si les soignants ont eu accès à ce programme de rétablissement avant l'atelier. La notion du temps est également apparue dans cet article. Celle-ci montre qu'il faut accepter que le processus de rétablissement ne se fasse pas du jour au lendemain et qu'il faut y travailler chaque jour.

Kaskutas et al. (2014) ont réalisé une étude dans laquelle le but est de créer une définition du rétablissement reflétant l'hétérogénéité des individus vivant le rétablissement. Pour cela, il est important de déterminer quels éléments essentiels caractérisent le rétablissement du point de vue de la personne qui vit le rétablissement. Les résultats ont été classés en quatre catégories: l'abstinence dans le rétablissement, les essentiels du rétablissement, le rétablissement enrichi et la spiritualité dans le rétablissement. Pour l'abstinence dans le rétablissement, 79% des personnes interrogées pensent que le fait de ne pas consommer de l'alcool fait

partie de la définition du rétablissement. 78% disent que le fait de ne pas faire une mauvaise utilisation des médicaments prescrits appartient aussi à la définition. Pour les essentiels du rétablissement, 93,2% des personnes interrogées sont en accord avec la phrase « être honnête avec moi-même », 90,5% avec « manipuler des sentiments négatifs sans utiliser de drogues ou d'alcool comme je le faisais auparavant » et 91,5% avec la phrase « être capable de profiter de la vie sans boire ni utiliser des drogues comme je le faisais auparavant ». Pour la partie du rétablissement enrichi, 94,5% des personnes interrogées incluent dans leur définition le fait que c'est un « processus de croissance et de développement », 91,4% le fait de « réagir à des hauts et des bas de la vie d'une manière plus équilibrée que d'habitude ». 92,4% affirment qu'un élément constituant le rétablissement est de « prendre la responsabilité pour les choses que je peux changer ». Pour le rétablissement spirituel, 91,9% des personnes interrogées affirment que le rétablissement est « un processus continu » et 89% des participants que c'est un « changement de style de vie ».

Une étude qualitative exploratoire de Laudet, Stanick et Stands (2009) présente les raisons qui ont poussées les patients à quitter le traitement ambulatoire. Ces derniers évoquent également ce qui aurait pu être fait différemment pour les maintenir engagés dans les services. Les principales raisons qui ont poussées les patients à quitter le traitement ambulatoire sont les suivantes : certains participants n'ont pas apprécié certains aspects du programme (31,8%): « le programme n'était pas suffisamment structuré », « je ne pense pas qu'il y ait quoi que ce soit là pour moi! », « le conseiller n'avait aucun respect pour ses patients ». Les patients ont également fait ressortir que le programme pouvait interférer avec d'autres activités (18,8%): « je ne pouvais pas travailler parce que je me trouvais au programme la

plupart des jours". L'utilisation de substances a également incité certains patients à quitter leur service (13,7%): "je ne voulais pas faire face à mon conseiller ». Les patients évoquent également des questions pratiques (12,1%): "Ma femme et moi n'avons pas de baby-sitter pour les deux garçons," et "je n'ai pas un moyen de transport ». 12 % des participants ne souhaitent pas recevoir d'aide ou disent ne pas en avoir besoin «je suis fatigué d'aller au programme» et «je ne suis pas prêt » 11, 9 % les patients disent que leurs raisons sont personnelles par exemple : «ma mère est malade». Certains patients évoquent des problèmes liés aux finances (8,6%). Finalement, un petit nombre de participants (8,5 %) trouvent le programme non utile : «je voyais et entendais la même chose tous les jours”.

Deux tiers des patients (67,2%) ont déclaré que rien ne pouvait être fait différemment par le programme pour les garder engagés dans le service. Le tiers des participants restant relève un besoin plus grand des services sociaux (54,2%): [ils auraient pu] « accélérer mon processus professionnel », « m'aider à trouver un emploi », « m'aider à sortir de l'abri et m'aider à trouver un appartement ». Les participants auraient souhaité davantage être soutenus (25,8%): "Ils auraient pu m'aider à faire les bonnes choses, m'encourager» et «ils pourraient avoir confiance en moi, avoir foi en moi ". Finalement, 20 % des participants ont ressenti le besoin d'une plus grande flexibilité des services : [ils auraient pu] "adapté un calendrier de traitement pour satisfaire mes heures de travail »,«avec une organisation pratique et accessible, j'aurais pu aller travailler et aller au programme ”.

6.5. Bénéficier d'un réseau de soutien

Moos et Moos (2006) mettent en évidence que la participation aux alcooliques anonymes influence de manière indépendante une diminution de problèmes de

consommation d'alcool. De même que davantage de soutien des collègues prédit moins de problèmes d'alcool, moins de dépressions et un meilleur fonctionnement social à 3 ans. De plus, le soutien de membres de la famille et des amis a également prédit un meilleur fonctionnement social au 3 ans.

Quant à l'étude de Wilson et al (2013), la notion de soutien est exprimée comme nécessaire. Le soutien lors du processus de rétablissement s'est révélé être très important pour les participants. Ceux-ci ont décrit l'aide apportée par leurs pairs vivant aussi un processus de rétablissement ainsi qu'avec leurs conseillers avec le programme du WRAP. Par contre, plusieurs personnes n'ont pas rapporté les relations familiales comme un lien solide de soutien étant donné que celles-ci étaient parfois un élément déclencheur d'une éventuelle crise. La notion de soutien peut également se présenter par le soutien de la part des participants vers des individus pour les encourager et les guider.

Laudet et Stanick (2010) ont décrit lors de leur étude que le soutien perçu lors du processus du rétablissement avait une influence positive sur la motivation à l'engagement à l'abstinence tout comme le nombre de personnes de leur réseau de soutien du rétablissement en 12 étapes ainsi que le niveau de participation à des activités organisées par le rétablissement en 12 étapes.

L'étude de McNeela et al. (2010) révèle que le soutien émotionnel permet de faciliter l'écoute et le dialogue sur la gestion des besoins immédiats ou des objectifs, ce qui permet une meilleure communication.

Une étude de Kemp, Harris, Vurel, et Sitharthan. (2007) a pour but de voir si des interventions basées sur l'approche motivationnelle et sur la Thérapie Cognitive Comportementale sont efficaces chez des jeunes ayant un double diagnostic de

psychose ainsi que de dépendance aux substances dans un service de santé mentale. Les mesures ont été faites durant le traitement puis après six mois. Les auteurs ont mis en évidence le fait que les personnes ayant eu des interventions ne ressentaient plus de problèmes d'addiction après six mois. La consommation de cannabis et d'alcool par mois dans les deux groupes après six mois est diminuée. Le groupe avec le traitement habituel percevait encore un usage problématique lié à la consommation de substances après six mois. Les participants avec interventions qui étaient dépendants à l'alcool initialement ont après six mois une consommation nocive, ce qui est, selon l'étude, moins problématique. Dans les deux groupes, la qualité de vie ainsi que le sentiment d'auto-efficacité s'améliorent après six mois.

7. Discussion

Dans ce chapitre, nous portons un regard critique sur les articles sélectionnés et nous les mettons en lien avec les cadres théoriques choisis. Ensuite, nous mettons en évidence les réponses pertinentes à notre question de recherche. Les implications pour la pratique infirmière sont décrites. Finalement, nous identifions les limites de cette revue de littérature. Ce chapitre nous permet de développer notre positionnement professionnel et notre réflexivité. Ces qualités sont inéluctables à une bonne pratique professionnelle.

7.1. Regard critique sur les études

Nous avons choisi d'exclure les articles datés avant 2005 dans le but de recueillir des données actuelles, car le concept du rétablissement a beaucoup évolué cette dernière décennie. De plus, nous avons dû élargir notre contexte, car il n'y avait pas suffisamment de données pour le milieu ambulatoire, le domaine où nous

souhaitions nous concentrer. Donc, nos recherches se déroulent dans le contexte de la santé mentale en général.

Notre revue de littérature se compose de 5 articles quantitatifs, de 2 articles qualitatifs et d'un article mixte. Nous aurions souhaité trouver davantage d'études qualitatives et mixtes, car ces dernières permettent une plus grande liberté d'expression. Ainsi, les participants se sentent plus libres de donner une réponse authentique sans être influencés par des choix de réponses. L'échantillon de deux articles quantitatifs retenus était faible (76 patients et 31 professionnels pour une étude et 16 patients dans une seconde étude). Cependant, les résultats étaient pertinents c'est pourquoi nous avons décidé de les intégrer dans notre travail.

Notre population cible comprend les personnes souffrant d'addiction aux substances vivant le rétablissement. Néanmoins, un article choisi pour ses résultats intéressants a une population qui, en plus de consommer des substances, a un diagnostic de schizophrénie.

Dans tous les articles, les participants ont été informés de l'étude par différents moyens. Les différentes études ont tenu compte des aspects éthiques. Cinq d'entre-elles ont été approuvées par un comité d'éthique, le consentement éclairé a été signé dans six études. La confidentialité et l'anonymat semblent être respectés dans chaque étude cependant seulement deux articles le spécifient.

7.2. Discussion des résultats

7.2.1. L'alliance thérapeutique

Comme le dit Phaneuf (2016), dans l'alliance thérapeutique, le patient et le soignant s'engagent à collaborer ensemble pour viser un changement et éviter la rechute. Cette notion de partenariat est reflétée dans l'étude de Evelien et al qui évalue les effets du partage de décisions entre le soignant et le patient. Celle-ci met en évidence que les patients pouvant participer à la prise de décisions sont plus extravertis, ouverts et sociaux donc plus satisfaits. Nous sommes en accord avec ces résultats, car ceux-ci confirment l'importance de construire un partenariat soignant-soigné. En effet, le patient s'investira davantage dans la thérapie s'il envisage les mêmes objectifs que le professionnel (Meier et al. 2005).

Cette étude d'Evelien et al (2011) démontre également que le comportement du soignant influence celui du soigné. Dans l'étude de Laudet et al. (2009), les patients soulignent l'importance du respect du professionnel envers le patient pour poursuivre le traitement en ambulatoire. Nous acquiesçons ce résultat, car comme l'ont décrit Bastian et al 2001, l'alliance thérapeutique est une notion qui découle de l'attachement entre le thérapeute et le patient. Ainsi nous comprenons l'importance de l'attitude du soignant qui doit être chaleureuse, non-jugeante, empathique, congruente et authentique pour favoriser une relation basée sur la confiance (Carl Rogers). McNella et al. (2010) évoque également l'importance d'une approche centrée sur le patient.

Une relation de confiance peut prendre du temps à s'établir, comme le décrit Wilson et al. (2013). De plus, comme le décrit Senn et al. (2012), pour que cette

alliance se fasse au mieux, les premiers liens sont essentiels. C'est pourquoi l'attitude Rogerienne du professionnel est primordiale.

Dans l'étude de Wilson et al (2013), beaucoup de patients ont trouvé des points positifs d'avoir la possibilité de faire part de leur histoire du rétablissement lors de thérapies de groupes. Les histoires concernant le rétablissement sont personnelles et peuvent être difficiles à être confiées. En lien avec la théorie, ceci nous confirme l'importance d'une attitude du professionnel qui inspire la confiance des patients. En effet, le concept de l'alliance thérapeutique met en avant le fait que si le patient se sent en confiance, cela peut améliorer son état de santé ou permettre de se stabiliser.

Laudet et al (2010) affirment au travers de leur étude que le soutien influence de manière positive la motivation à atteindre l'abstinence. Le soutien émotionnel, selon McNeela et al (2010) permet une meilleure communication. Celle-ci englobe le fait de s'exprimer sur ses besoins et ses objectifs. Cela nous consolide dans l'idée que l'investissement dans la thérapie dépend des objectifs visés entre le soignant et le patient. Si ceux-ci sont similaires, le patient aura tendance à s'engager davantage dans la thérapie (Meier et al., 2005).

7.2.2. L'approche motivationnelle

McNeela et al (2010) confirment dans leur étude l'importance de la communication. Le dialogue favorise la libre expression des sentiments, il peut être défini comme étant des conseils non directifs. Ce résultat nous interpelle, car dans l'approche motivationnelle, l'AFDEM (2016) il est suggéré de guider le patient en prêtant attention à ses attentes, au contexte et aux perceptions du professionnel.

De plus nous avons relevé dans l'étude de Mcneela et al (2010), que le dialogue est une forme de collaboration. Cette dernière fait partie, selon le concept de l'approche motivationnelle, des valeurs et des principes de l'entretien motivationnel.

Le quatrième processus de l'approche motivationnel est la planification durant laquelle le patient émet un discours-changement. Le rôle infirmier dans cette phase est d'établir un plan d'action avec le patient tout en consolidant l'engagement vers le changement. Le WRAP est un plan d'action possible pour le rétablissement. Il est mentionné dans l'étude de Wilson et al (2013) qu'une grande participation au WRAP diminue les symptômes de l'anxiété et de la dépression. Les participants se sont rendu compte au fil du temps que ce programme est favorable pour leur rétablissement personnel.

Moos et Moos (2006) démontrent l'importance d'un réseau de soutien tel que la participation aux alcooliques anonymes, le soutien des amis et collègues ainsi que des membres de la famille. Nous approuvons ces résultats, car ils sont consolidés par l'étude de Wilson et al. (2013) qui confirme le fait que le soutien est nécessaire. Les patients l'ont décrit comme particulièrement important lors du rétablissement. Cependant, les participants décrivent que le soutien de la famille peut parfois ne pas être vu comme une ressource, mais comme un élément pouvant déclencher une crise. Ce résultat nous a surpris, c'est pourquoi il est donc nécessaire de faire émerger les capacités et les ressources propres au patient afin de créer des plans d'action du rétablissement personnalisés. Ceci renforce l'importance du processus « planification » de l'approche motivationnel, cité ci-dessus.

Les participants de l'étude de Wilson et al (2013), expriment les points positifs des ateliers de groupe. Il en est ressorti que de faire part de leur histoire concernant leur

propre rétablissement peut aider les autres individus à prendre des exemples de moyens constructifs pouvant favoriser le rétablissement. De ce fait, le terme “espoir” est perçu dans ce processus. Durant ces ateliers, les patients ont réussi à mettre en avant leurs points forts, leurs intérêts et leur engagement dans le rétablissement. Le fait que les patients amènent eux-mêmes leurs ressources ainsi que leur motivation permet un meilleur investissement de la part du patient dans la relation thérapeutique. Nous adhérons à ces résultats qui mettent en avant le fait que le professionnel doit éviter d’avoir une posture supérieure à celle du patient et qui suggèrent que la relation doit se faire d’égal à égal. Pour aider le patient à faire ressortir soi-même ses ressources, le professionnel doit éviter le réflexe correcteur et pratiquer l’écoute réflexive. Cette dernière est essentielle dans l’entretien motivationnel et permet au patient l’introspection. L’importance que les ressources et les motivations viennent du patient se confirme dans l’étude de Kaskutas et al. (2014). En effet, celle-ci démontre que chaque personne a des éléments différents dans sa propre définition du rétablissement. Nous trouvons ce résultat intéressant et celui-ci nous rappelle qu’il est indispensable que le professionnel détermine comment le patient perçoit son propre rétablissement. Ceci aide à élaborer un plan d’action commun. La notion de rétablissement est différente d’une personne à l’autre. Certains visent l’abstinence, d’autres un meilleur contrôle de soi et/ou un changement de mode de vie.

La notion de temps est apparue dans l’étude de Wilson et al (2013). Celle-ci rapporte que le processus du rétablissement ne s’effectue pas du jour au lendemain. Le patient doit accepter ce fait et y travailler quotidiennement. Ceci est confirmé par l’étude de Kaskutas et al. (2014) qui souligne le fait que le rétablissement est un processus continu. Nous approuvons ces résultats, car selon

l'AFDEM (2016), le changement est un processus qui comprend des retours en arrière ainsi que des rechutes. C'est pour cette raison que cela prend du temps. Selon Laudet et al (2009), les raisons qui ont poussés les participants à quitter les centres ambulatoires sont principalement des causes relationnelles entre le thérapeute et le patient. Nous sommes étonnées de ce résultat, car ceci laisse penser qu'il y a eu des failles dans le premier processus de l'approche motivationnelle, qui est l'engagement dans la relation. Ce processus est essentiel, car c'est sur cela que toute l'approche motivationnelle se construit et que les premiers liens se créent.

Nous avons relevé dans la théorie de l'approche motivationnelle que celle-ci comporte l'altruisme. C'est-à-dire qu'elle est orientée vers la recherche du mieux-être de l'autre. Les ressources personnelles contribuent au bien-être de la personne c'est pourquoi il est essentiel de les faire ressortir. De plus, cette approche se base sur le fait que chaque personne possède en elle les ressources pour se développer. L'étude de Moos et Moos (2006) évoque qu'un plus grand nombre de ressources prédisent moins de consommation d'alcool, moins de problèmes liés à l'alcool, un meilleur fonctionnement social et moins de dépressions, ce qui contribue au bien-être. Elle prédit également qu'une meilleure confiance en soi réduit les consommations et les problèmes qui y sont liés. Laudet et Stanick (2010) quant à eux, disent que l'auto-efficacité de l'abstinence influence favorablement l'abstinence. Ces résultats nous paraissent pertinents, car en valorisant le patient, le professionnel développe ses ressources qui lui sont essentielles. De plus, Laudet et Stanick (2010) précisent que les caractéristiques de la consommation du patient peuvent influencer de manière positive ou non son rétablissement. Cela nous conforte dans le fait que l'approche motivationnelle est pertinente dans les

addictions, car justement elle est centrée sur la personne et prend en compte les particularités de chacun.

L'étude de Kemp et al. (2007) démontre l'efficacité de l'approche motivationnelle dans la prise en charge des personnes avec des problèmes d'addiction. En effet, celle-ci met en avant le fait que cette approche permet un meilleur sentiment d'auto-efficacité, une meilleure qualité de vie, une diminution de la consommation de substances ainsi qu'une diminution des problèmes d'addiction. Nous sommes en accord avec ces résultats qui confirment l'efficacité de l'approche motivationnelle dans le rétablissement.

7.3. Réponses à la question de recherche

Arrivant au terme de notre travail, nous pouvons à présent répondre à notre question de recherche qui est: *Quel est le rôle de l'infirmier-ère dans l'accompagnement des patients souffrant de problèmes d'addiction aux substances lors d'un processus de rétablissement ?*

Les articles que nous avons recueillis pour y répondre nous ont apporté des pistes d'interventions pour accompagner au mieux les personnes souffrant de problèmes d'addiction aux substances dans le milieu de la santé mentale. Cinq pistes d'actions ont émergé des résultats :

- Établir une relation thérapeutique
- Être attentif aux besoins et désirs des patients
- Promouvoir le bien-être
- Renforcer les ressources personnelles
- Favoriser le soutien

Il est essentiel pour le professionnel d'établir une relation thérapeutique avec le patient. En effet, celle-ci instaure un climat de confiance entre l'infirmier et le patient. Si le patient se sent en confiance, il pourra davantage se confier et s'investir dans son processus de rétablissement. De plus, nous avons relevé que la notion de rétablissement est propre à chaque personne. Nous avons compris l'importance d'individualiser l'accompagnement selon les attentes et besoins du patient. En tant que professionnel, il est bien d'avoir les mêmes objectifs visés que ceux du patient, ceci favorise le rétablissement. A travers nos recherches, nous avons pris connaissance de l'importance de la qualité de vie et du bien-être. Il existe plusieurs outils du rétablissement qui favorisent ces ressentis tels que le WRAP. Les ressources personnelles et sociales ainsi que la motivation sont des notions indispensables dans le processus de rétablissement. Finalement, nous avons constaté que le soutien venant des professionnels, de la famille, de l'entourage et des associations est bénéfique pour les patients.

7.4. Conséquences /implications pour la pratique

Les résultats récoltés dans les différents articles nous ont amenés à réfléchir sur des pistes d'action transférables dans la pratique. Ces résultats peuvent également faire émerger des idées et des réflexions aux professionnels de la santé mentale concernant l'accompagnement auprès de personnes souffrant de troubles d'addiction aux substances.

Nous présentons ci-dessous les implications pour la pratique qui nous semblent les plus pertinentes :

- Adopter une posture d'égal à égal entre soignant-soigné

- Prendre en compte le point de vue des patients en établissant des objectifs communs
- Prêter attention à la propre vision du rétablissement du patient dans le but d'aller ensemble dans la même direction
- Faire preuve d'une attitude chaleureuse, non-jugeante et empathique dans le but d'établir une relation de confiance
- Faire ressortir et valoriser les ressources du patient dans le but de favoriser son estime de soi
- Évaluer les ressources personnelles et sociales du patient ainsi que le soutien qu'apportent la famille et les proches
- S'informer sur les différents réseaux de soutien afin d'orienter au mieux les patients selon leurs besoins
- Proposer un soutien avec les pairs dans le but d'échanger sur les expériences personnelles du rétablissement
- Se former sur la nouvelle méthode de l'approche motivationnelle comprenant 4 processus qui sont: l'engagement dans la relation, la focalisation, l'évocation et la planification
- Actualiser ses connaissances selon les recommandations actuelles dans le rétablissement en santé mentale
- Utiliser à bon escient des outils du rétablissement tels que le WRAP et former les patients sur ces différents outils
- Prendre le temps de connaître le patient, son histoire avec les substances pour proposer un suivi individualisé

- Évaluer l'engagement et la motivation du rétablissement du patient en proposant par exemple des outils adaptés tels que des échelles d'évaluation du rétablissement

7.5. Recherches ultérieures

Il a été difficile pour nous de trouver des articles répondant directement à la question de recherche. C'est pourquoi la recherche scientifique devrait se concentrer davantage sur le rétablissement des personnes addictes aux substances et le rôle spécifique de l'infirmier. En effet, nous avons remarqué dans les résultats que les pistes d'intervention apportées ne sont pas spécifiques au domaine des addictions. Celles-ci sont applicables dans le rétablissement des soins en santé mentale de manière générale. De plus, étant donné que le rétablissement est un concept qui a beaucoup évolué ces dernières années, il est essentiel d'effectuer régulièrement des recherches dans le but de confirmer l'efficacité de l'accompagnement lors du processus de rétablissement et de pouvoir constamment l'améliorer.

7.6. Les limites de la revue de littératures

Notre revue de littérature contient plusieurs limites. Premièrement, la langue a été perçue comme une barrière pour nous. En effet, cela a été difficile pour nous. Parfois nous avons eu à faire à des termes scientifiques ou des expressions familières que nous avons du mal à traduire correctement. Il se peut que quelques détails dans les études nous ont échappés. De manière générale, le contenu des articles était compréhensible et nous avons pu relever un certain nombre de résultats pertinents. Une deuxième limite que nous avons relevée était le fait

qu'aucun article ne répondait de manière précise à notre question de recherche. C'est pourquoi nous avons dû l'adapter et prendre des éléments de chaque article dans le but de répondre à notre thématique. De plus, nous avons rencontré quelques difficultés avec la méthodologie de ce travail, car c'est pour nous un premier pas dans la recherche. Avec du recul, nous nous sommes rendu compte qu'il aurait été bénéfique de choisir un autre cadre théorique que l'alliance thérapeutique, car cette dernière est reprise dans l'approche motivationnelle. Un cadre différent nous aurait permis une vision complémentaire sur les résultats et une analyse plus riche.

8. Conclusion

Les données recueillies tout au long de ce travail nous ont permis d'acquérir des connaissances sur l'accompagnement infirmier auprès de personnes souffrant de problèmes d'addiction aux substances. Lorsque nous avons étoffé la problématique à l'aide des concepts et des cadres théoriques, nous avons également enrichi nos connaissances, ce qui nous a permis une analyse réflexive plus approfondie lors de la rédaction de la discussion ainsi qu'un regard critique sur les résultats obtenus à l'aide des articles. Ces derniers nous ont aidés à répondre à notre question de recherche en nous apportant des pistes d'interventions concrètes et réalisables dans la pratique.

Ce travail a mis en avant les éléments clés du rétablissement. En effet, nous avons pu voir que l'aspect relationnel est essentiel dans la prise en soins, particulièrement en santé mentale. Bien que nous pensions déjà cela avant de commencer ce travail, les résultats de nos articles scientifiques le confirment. Nous avons également remarqué que la notion de rétablissement est propre à chacun. En

tant que soignants, nous devons prendre en compte la vision du rétablissement du patient afin de construire ensemble un projet commun. De même, nous avons compris que le patient est acteur de son rétablissement et que le soignant est là pour l'accompagner dans ce processus. Ainsi le patient s'investira davantage dans son rétablissement. Notre rôle, en tant qu'infirmier-ère consiste donc à fournir les outils nécessaires au patient afin qu'il puisse nommer ses besoins et ses ressources. Ceci dans le but qu'il puisse s'en servir de manière adéquate.

De plus, ce travail nous a apporté des connaissances méthodologiques et nous a permis d'être plus à l'aise lors de la recherche d'articles scientifiques dans différentes banques de données.

Pour conclure, nous sommes satisfaites de notre travail malgré quelques difficultés rencontrées. Tout d'abord, le terme addiction figurant dans notre question de recherche est souvent confondu dans la littérature avec le terme dépendance. Cela a engendré certaines confusions lors de nos recherches. De plus, lors de la phase d'émergence de ce travail, nous avons dû élargir notre question de recherche, car les résultats des articles recueillis dans nos recherches étaient pauvres. Malgré cela, aucun article trouvé ne répondait directement à notre question de recherche. C'est pourquoi nous avons dû assembler les résultats de plusieurs articles pour trouver des réponses à notre question de recherche. En plus de cela, nous avons rencontré des difficultés lors de la rédaction de la problématique, car il est difficile de trouver des données statistiques qui englobent aussi bien les drogues légales qu'illégales. La littérature a pour habitude de catégoriser les substances.

La rédaction de ce travail nous a demandé de l'investissement personnel au long de cette année scolaire et nous espérons qu'il permettra aux professionnels de la santé mentale de discuter de la pratique déjà fondée. Nous en ressortons que des points positifs d'avoir effectué ce travail à trois. Nous estimons que nos caractères différents et nos compétences divergentes sont une richesse, ceux-ci nous ont permis un partage complémentaire de réflexions concernant notre thématique.

9. Références

Addiction Suisse, IUMSP, ISGF, IBSF. (2013-2016). *Bienvenue sur le site Internet monitoring-addictions.ch*. Repéré à <http://www.monitoring-addictions.ch/fr.html>

Addiction Suisse. (2016). *Addiction Suisse*. Repéré à <http://www.addictionsuisse.ch/http://www.addictionsuisse.ch/>

Association francophone de diffusion de l'entretien motivationnel. (2015). *AFDEM L'entretien motivationnel*. Repéré à <http://www.entretienmotivationnel.org/entretienmotivationnel/>

Auderset, P-B (2014). *7 messages du rétablissement* [PowerPoint]. Fribourg: Haute École de Santé. Repéré à <https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/si/bsc2015/modf/4/Documents%20de%20cours/RétablisementRecovery/Rétablisement%20cours%20base%20PBA.pdf>

Auderset, P-B. (2014). *Rétablissement*. Document de cours du module 4. Fribourg: Haute École de Santé (p.4). Repéré à <https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/si/bsc2015/modf/4/Documents%20de%20cours/Rétablisement-Recovery/7%20messages%20du%20rétablissement.pdf>

Bachelart, M., Bioy, A. *Alliance thérapeutique: Douleur et méthodes corporelles*. Repéré à <http://www.institut-upsa-douleur.org/Media/Default/Documents/IUDTHEQUE/OUVRAGES/Tmcd/institut-upsa-ouvrage-therapies-mediation-corporelle-douleur-chap-4.pdf>

Bastian, J., Valdeyron, J-L., Vaquier, V. (2001). Variation. *De la relation de confiance à l'alliance thérapeutique*. Étude conceptuelle et son application dans les soins infirmiers, 66, 93-99.

Bossio, L., Dhont, M. (2012). Alliance thérapeutique: socle de la collaboration soignant-soigné. *Soigner en toute confiance*. Repéré à <http://www.chu-charleroi.be/sites/default/files/documents/200912bossio.pdf>

Busset, F. (2013). *Modèle d'intermédiaire culturelle : points de repères pour l'analyse d'une situation professionnelle* [Document de cours]. Repéré à <https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/si/stages/Bote%20%20outils/Mod%C3%A8le%20d'interm%C3%A9diaire%20culturel-Nadot/IC-Points%20de%20rep%C3%A8res.pdf>

Collot, E. (2011). *L'alliance thérapeutique: Fondement et mise en œuvre*. Paris, France : Dunod.

Corbière, M., Bisson, J., Lauzon, S., Ricard, N. (2006). Factorial validation of a french short-form of the working alliance inventory. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 15, 36-42.

Dallaire, C. (2008). *Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal, Canada : gaetan morin éditeur

Despland, J.-N., Roten, Y., Martinez, E., Plancherel, A.-C., Solai, S. (2000). L'alliance thérapeutique: un concept empirique. *Revue Médicale Suisse*. Repéré à <http://www.revmed.ch/rms/2000/RMS-2315/20758>

Evelien A. G, J., Cor A. J, D., Gerdien H de Weert-van, O., Sensky & Cees P.F. van der Staak, T. (2011). Substance Use & Misuse, *Shared Decision-Making: Increases Autonomy in Substance-Dependent Patients*, 46 : 8, 1037-1048.

Favrod, J., Maire, A., Masson, E. (2012). *Le processus du rétablissement : Dossier rétablissement et psychose*. 176. Repéré à http://www.ecolelasource.ch/images/stories/articles_attachement/recherche_prestations/SM166_2_FAVROD1.pdf

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives*. 2^e éd. Montréal: Chenelière

H. Moss, R., S. Moos, B. (2006). Protective resources and long-term recovery from alcohol use disorders. *Drug and alcohol dependance*, 86, 46-54.

Huguelet, P. (2013). Le rôle des valeurs et du sens de la vie dans le rétablissement des troubles mentaux sévères. *Swiss archives of neurology and psychiatry*. 164(3)90-98.

Kaskutas, L., J. Borkman, T., Laudet, A., Ritter, LA., Witbrodt, J., Subbaraman, MS., ... Bond, J. (2014). Element That Define Recovery : The Experiential Perspective. *Journal of studies on alcohol and drug*, 75 (6), 999-1010

Larousse. (2016). *Dictionnaires de français* Repéré à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ambivalence/2729>

Laudet, B., A., Stanick, V. (2010). Predictors of motivation for abstinence at the end of outpatient substance abuse treatment, *Journal Substance Abuse Treatment*, 38(4), 317-327.

Laudet, B., A., Stanick, V., Stands, B. (2009). What could the program have done differently ? A qualitative examination of reasons for leaving outpatient treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37(2), 182-190.

McNeela, G., Clinton, C., Place, A., Scott, P., Treacy, A., Hyde et H., Dowd., (2010). Psychosocial care in mental health nursing: a think aloud study. *Journal of advanced nursing*, 66, 1297-1307.

Meier, P.S., Donmall, M.C., McElduff, P., Barrowclough, C., Heller, R.F. (2006). The role of the early therapeutic alliance in predicting drug treatment dropout. *Drug and alcohol Dependence*. 57-64.

OFDT. (2015). *Synthèse thématique : vue d'ensemble, toutes drogues*. Repéré à <http://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/vue-d-ensemble/>

OFSP. (2014). *La toxicomanie n'est pas une voie sans issue. La plupart des toxicomanes s'en sortent*. Repéré à <http://www.prevention.ch/laplupartdestoxicomanes.html>

Phaneuf, Margot. (2016). *L'alliance thérapeutique comme instrument de soins*. Repéré à <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2016/03/Lalliance-therapeutique-comme-instrument-de-soins-CAL.pdf>

Provencher, H. L. (2008). *Un modèle cognitif contextuel pour comprendre l'expérience du stress dans le rétablissement: une approche transactionnelle du stress*.

Provencher, H.L. (2002). L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques. *Santé mentale au Québec*, XXVII, 1, 35-64, p.39.

RESPAAD. (2013). *Prévention des addictions : le rôle singulier de l'infirmier*. Repéré à <http://www.actusoins.com/12637/prevention-des-addictions-le-role-singulier-de-linfirmier.html>

Scheder, P.-D., Favrod, J. (2011). *Le modèle du rétablissement : un modèle basé sur l'expérience des usagers*. Repéré à http://www.avdems.ch/fileadmin/documents/avdems.ch/pdf/Site_AVDEMS/Actualites/4__Le_modele_du_retablissement__un_modele_base_sur_experience_des_usagers.pdf

Senn, S., Needham, Dr.P., Antille, S. (2012). Relation entre l'alliance thérapeutique infirmière-patient, et les contreperçus par le patient en traitement de dépendances: une étude corrélationnelle descriptive. *Recherche en soins infirmiers*, 108, 30-42.

Shepherd, G., Boardman, J & Slade, M. (2008). *Faire du rétablissement une réalité*. Repéré à

http://www.douglas.qc.ca/publications/220/file_fr/faire_du_retablissement_une_realite_2012.pdf

Vannotti, M.(2016). Cerfasy : L'empathie dans la relation médecin-patient.
Repéré à <http://www.cerfasy.ch/cours.php>

Annexe: déclaration d'authenticité

“Nous déclarons avoir effectué ce travail nous-mêmes, en respectant les normes imposées par la Haute École de Santé de Fribourg. Les références aux différents auteurs et documents présentés dans ce travail ont été clairement identifiées et nommées”.

Célia Chassot

Sandrine Collaud

Pauline Francey

Grille de lecture	
Références complètes	Kaskutas, L., J. Borkman, T., Laudet, A., Ritter, LA., Witbrodt, J., Subbaraman, MS., ... Bond, J. (2014). Element That Define Recovery : The Experiential Perspective. <i>Journal of studies on alcohol and drug</i> , 75 (6), 999-1010
Résumé	<p>Le résumé de l'article est clair. Il est partagé en différentes parties telles que l'objectif, la méthode, les résultats et la conclusion.</p> <p>Les définitions du « rétablissement » continuent de manquer de spécificité, ce qui entrave ainsi le développement de la mesure et de la recherche. Le but de cette étude est de déplacer le champ d'utilisation des troubles de substances au-delà des larges définitions en identifiant de manière empirique les domaines et les éléments spécifiques du rétablissement vécu par les personnes en rétablissement dans diverses voies.</p> <p>La méthode : Une enquête sur internet a été complétée par 9'341 personnes (54% de femmes) qui se sont identifiées comme étant : dans le rétablissement, rétablies, dans le rétablissement avec une aide médicamenteuse ou ayant eu un problème avec l'alcool ou la drogue, mais cela est terminé maintenant. Les répondants ont été recrutés par l'intermédiaire d'une vaste sensibilisation avec le traitement et les associations de rétablissement, les médias électroniques et des groupes d'entraide. Le sondage comprenait 47 éléments du rétablissement développés par un travail qualitatif suivi d'un processus de réduction itérative. Des analyses factorielles exploratoires et de confirmation ont été menées en utilisant des échantillons divisés en demi, suivies par des analyses de sensibilité pour les regroupements d'échantillons clés.</p> <p>Résultats : Quatre domaines de rétablissement avec 35 éléments du rétablissement ont émergés. Il y a l'abstinence dans le rétablissement, l'essentiel du rétablissement, le rétablissement enrichi et la spiritualité dans le rétablissement. La structure a quatre facteurs a été robuste indépendamment de la durée du rétablissement, des 12 étapes ou de l'exposition au traitement et l'état actuel de consommation de substances. Ces quatre éléments ne se chargent pas sur un facteur, mais sont présentés pour indiquer la diversité des définitions.</p> <p>Conclusion : Les résultats empiriques offrent des éléments spécifiques qui peuvent être utilisés dans l'évaluation des systèmes de soins axés sur le rétablissement. Les chercheurs qui étudient le rétablissement devraient inclure des mesures qui vont au-delà de la toxicomanie et englober des éléments tels que ceux examinés ici (ex : auto-soins, la préoccupation des autres la croissance personnelle et les moyens de développement de l'être qui soutiennent le</p>

	changement dans l'utilisation de substances.
Introduction Énoncé du problème Recension des écrits	<p>Les professionnels et les personnes dans un processus de rétablissement n'ont pas forcément la même définition du rétablissement, car ils l'ont créée chacun de leur côté.</p> <p>Comme les services d'utilisateurs de substances et la politique visent le rétablissement comme résultat cible, les détails quant à la nature du rétablissement deviennent essentiels. Le concept de rétablissement est surtout utilisé par les scientifiques et par les personnes en rétablissement. Chacun d'entre eux ont développé des significations et des pratiques différentes.</p> <p>Les scientifiques utilisent le terme de « rétablissement » pour représenter un procédure médicale, un traitement et une réhabilitation. Mais pour les utilisateurs de substances, le rétablissement a été développé au début par les alcooliques anonymes et le programme des 12 étapes.</p> <p>Pour que le rétablissement soit un but dans les services, il est important qu'il soit bien défini. La société américaine des addictions a définis le rétablissement comme un état de santé physique et psychologique tel que cette abstinence de drogue est complète et confortable. Il est aussi précisé que c'est un processus de changement par lequel il y a une abstinence individuelle, une santé améliorée, un bien-être et une qualité de vie. Pour mesurer le rétablissement, le Betty Ford panel suggère d'utiliser le World Health Organization Quality of Life.</p> <p>Il existe beaucoup de définitions, mais aucune contient les éléments de la construction dans un sens plus large : il manque surtout la voix de l'expérience des personnes vivant le processus eux-mêmes. Parce que le rétablissement est autonome et auto-déterminé. Les principaux intervenants sont ceux qui connaissent les professionnels de troubles de l'utilisation de substances qui peuvent mieux évaluer la consommation et le rétablissement d'un diagnostic de dépendance. Cependant, les personnes dans le rétablissement peuvent mieux définir les spécificités du rétablissement. Ce groupe hétérogène comprend des personnes de plusieurs chemins différents et moins de 40% avec les troubles d'utilisation de substance n'ont jamais reçu de traitement. La majorité atteint et maintient le rétablissement sans traitement par d'autres voies par exemple les groupes à 12 étapes, les groupes non 12 étapes, le soutien assisté par médicament ou d'autres non-abstinents.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Pas de cadre théorique ou conceptuel présent dans cet article

Hypothèses	<p>Une définition du rétablissement qui reflète l'hétérogénéité des voies de rétablissement et qui comprend un menu d'élément caractérisant le rétablissement peut être utile dans le domaine des troubles la consommation de substance. D'abord, il oriente le développement des services de soutien dans le rétablissement en abordant les aspects du rétablissement qui sont les plus pertinents pour les personnes qui se rétablissent, mais qui sont souvent négligés par les professionnels, car ils n'ont pas été identifiés empiriquement. Il fournirait un outil de surveillance de la qualité. Le fait d'identifier les domaines clés et les éléments spécifiques du rétablissement ferait progresser notre compréhension de la manière d'être dans le rétablissement; ceci serait semblable à la façon dont l'indice de gravité de la dépendance et le parallèle de traitement offrent des programmes de traitements avec des outils pour déterminer les besoins des patients.</p> <p>Des instruments similaires sont finalement nécessaires pour évaluer les services axés sur le rétablissement. Une meilleure compréhension de l'expérience positive du rétablissement peut réduire la stigmatisation actuellement attachée aux personnes dans le rétablissement. Mais une définition complète du rétablissement permettra d'illustrer les qualités personnelles et sociales associées au rétablissement.</p> <p>L'étude actuelle « Qu'est que le rétablissement ? » est une étude menée pour développer une définition du rétablissement détaillée qui reflète l'hétérogénéité des individus dans le rétablissement. Ils ont spécifiquement recherché à identifier les éléments détaillés du rétablissement qui seraient hautement approuvés indépendamment de la voie du rétablissement, tout en capturant des éléments de définitions uniques qui peuvent être principalement pertinents pour les voies spécifiques.</p>
Méthodes Devis de recherche Population et contexte	<p>C'est une étude quantitative</p> <p>Pour avoir un échantillon hétérogène, plusieurs techniques de recrutement ont été mises en place : pour atteindre les personnes traitées, ils se sont associés avec des organisations de traitement national. Pour atteindre les personnes dans le rétablissement, ils ont recruté des organisations confessionnelles. Pour atteindre les personnes qui utilisent le traitement sans les 12 étapes, ils ont travaillé avec quatre organisations qui ne travaillent pas avec les 12 étapes. Pour atteindre les personnes qui utilisent une aide des 12 étapes, ils ont distribué des dépliants aux clubs et mis une annonce sur le site internet des alcooliques anonymes. Pour atteindre les personnes non abstinentes, ils ont travaillé avec l'alliance nationale pour rétablissement médicamenteux assisté et la radio HAMS. Ils ont également mis des affiches dans 33 villes et ont fait des annonces dans plusieurs radios.</p>

Collecte des données et mesures	<p>Les répondants ont fourni un consentement éclairé, élaboré avec les moyens de procédures approuvées par le Conseil de l'institut de la santé publique institutional Review.</p> <p>Un premier questionnaire a été créé puis testé sur un échantillon de 166 personnes, les éléments ont été éliminés si ils étaient considérés comme non-pertinents. Cette analyse a donné lieu à plusieurs étapes d'un ensemble réduit et raffiné de 47 éléments qui sont utilisés dans le questionnaire final. Le questionnaire se trouvait sur le site internet www.whatisRecovery.org. Il y avait une explication de l'étude et le lien vers le sondage. Le sondage en ligne était anonyme est confidentiel.</p> <p>Le questionnaire a été créé en utilisant SurveyGizmo, il était disponible du 15 juillet au 31 juillet 2012. Les principales mesures étaient l'histoire de la mauvaise utilisation de la substance (évalué avec le Mini International Neuropsychiatric interview) et la définition du rétablissement. Pour la définition du rétablissement plusieurs termes étaient à évaluer avec les catégories : « appartient certainement à votre définition », « appartient un peu à votre définition », « ne fait pas partie de votre définition, mais peut être dans la définition de quelqu'un d'autre » ou « n'a vraiment pas sa place dans une définition du rétablissement ».</p>
Déroulement de l'étude	<p>L'enquête prenait moins de 20 minutes. Il était demandé à un échantillon aléatoire de remplir le questionnaire une seconde fois environ une semaine plus tard pour tester la fiabilité des articles. 200 participants ont complété un deuxième formulaire de consentement expliquant que les informations de contact seraient nécessaires et que leur enquête ne serait plus anonyme.</p>
Résultats Traitement des données	<p>Il est supposé qu'un échantillon hétérogène pourrait approuver un ensemble d'éléments de base, mais cela pourrait varier dans d'autres éléments clés tels que si le rétablissement exige l'abstinence totale et les questions autour de la spiritualité. Il est mené de vastes bivariées (chi-carré) pour les analyses d'éléments par groupes d'échantillons (par exemple, la démographie, l'histoire de l'utilisation de substances, aider à la recherche) pour informer les efforts des éléments de réduction tout en veillant à ce que l'omission de certains éléments ne diminuerait pas généralisables à une population diversifiée.</p> <p>Tau-b de Kendall (tb) a été utilisé pour évaluer la fiabilité test-retest des éléments de rétablissement. Il est également calculé un accord brut latered sur la base de la somme des paires dans la diagonale pour chaque élément.</p> <p>L'analyse factorielle exploratoire (EPT) a été utilisée pour examiner la dimensionnalité sous-jacente de l'ensemble des 47</p>

	<p>éléments en utilisant Mplus Version 7.1.</p> <p>L'extraction de facteurs a été réalisée sur une fraction de demi-échantillon à l'aide d'un robuste pondéré estimateur des moindres carrés (WLSMV) avec une matrice de poids diagonale et GeoMin rotation oblique pour extraire des facteurs.</p> <p>Avant l'analyse factorielle confirmatoire (CFA), des modèles ont été réalisés. Les modèles obtenus ont été comparés sur des modèles statistiques d'ajustement, des modèles de l'EPT charges de facteur. Les corrélations entre les éléments qui ont informé a priori nos décisions au sujet de la CFA sont confirmés.</p> <p>Quatre facteurs modèle CFA de 35 retenu les articles avec des écarts de facteur fixé à 1 ont ensuite été estimés avec la deuxième fraction de demi-échantillon. Le modèle spécifique était un modèle ovale normale (avec GeoMin méthode de rotation oblique).</p> <p>La bonté des considérations d'ajustement inclus l'indice Tucker-Lewis (TLI) et l'erreur quadratique moyenne d'approximation (RMSEA). L'EPT et CFA décrits ci-dessus ont été répétées avec l'échantillon complet et avec des variables de regroupement clés. Les structures de facteurs ont été comparées à ceux de la première division demi-échantillon, et l'ajustement du modèle a été évalué et les saturations des facteurs comparés à ceux de la deuxième fraction de demi-échantillon.</p> <p>Ensuite, les scores des facteurs ont été estimés en utilisant notre modèle CFA. Afin de permettre des comparaisons avec les études futures, ils ont également créé les scores des facteurs premiers en additionnant les éléments dans chaque facteur US- ING d'origine catégories d'articles (défini comme 0, 1, 2, 3, où 0 = ne font pas partie, 1 = peuvent appartenir, 2 = peu appartient, 3 = définitivement appartient).</p> <p>L'analyse des modèles de variance a été estimée en utilisant les scores des facteurs générés par Mplus à sta- scores de facteur statistiquement comparaison pour six sous-groupes clés, avec les scores des facteurs de la première estimation moyenne rapportée à des fins interprétatives. Enfin, ils ont analysé les différences de sous-groupe sur les quatre éléments qui ne sont pas chargés sur un facteur, en utilisant les statistiques du chi carré.</p>
Présentation des résultats	<p>Description de l'échantillon</p> <p>Les quatre plus grandes sources de rendements pour trouver des participants sont : les groupes de famille et les amis (15%), les organisations de rétablissement (13%), le Craigist (12%), les associations d'anciennes personnes traitées (12%). Les répondants ont également entendu parlé de l'étude par les médias sociaux (7%), des groupes non 12 étapes d'auto-assistance (7%), les groupes 12- étapes (5%), des annonces (4%), des conférences et des Clubs Alano (environ 1 chacun). Près d'un quart ont sélectionné «autres» (24 %).</p>

	<p>Plus de trois quarts de l'échantillon était plus âgé que 35 ans, la moitié avaient un diplôme supérieur ou un baccalauréat, et 11% étaient au chômage.</p> <p>La majorité était non-hispanique et blanc. Seulement 2% ont une mauvaise qualité de vie. La substance problème principal était l'alcool dans plus de la moitié de l'échantillon. Seulement 2% ne répondent pas aux critères du DSM-IV pour l'alcool ou la dépendance aux drogues. Seulement 4% étaient dans le rétablissement naturelle, sans aide. Des proportions élevées de personnes avaient été dans le traitement et AA, environ la moitié a été à Narcotiques Anonymes et 18% avaient été au moins à l'un des groupes de soutien inclus dans l'enquête. L'exposition et le traitement en 12 étapes se chevauchent considérablement. Le fait de participer aux réunions pour le rétablissement en douze étapes était assez élevé, avec la moitié des rapports avaient plus de 500 réunions dans leur vie.</p> <p>Les articles sont organisés par les quatre groupes conceptuels qui ont émergé de l'analyse factorielle (abstinence marquée dans le rétablissement, l'essentiel du rétablissement, le rétablissement enrichi, et la spiritualité dans le rétablissement) ; un cinquième regroupement d'éléments rares qui ne se charge pas sur un facteur a été supprimé. Dans l'ensemble, il y avait assez un fort endossement (" appartient certainement ") pour les éléments dans les quatre facteurs et une faible adhésion (faibles proportions de « appartient certainement » et de fortes proportions en choisissant " ne fait pas partie ") pour les éléments de rétablissement hors du commun. Ils parlent ici de la «tolérance» pour les éléments du rétablissement lorsque des proportions relativement élevées ont été choisies. Il y a une grande tolérance pour les éléments rares (" ne fait pas partie de votre définition du rétablissement, mais peuvent appartenir à définition d'autres personnes dans le rétablissement. ") et de la tolérance considérable de plus de 10 %. Trois sont exposés pour les éléments inhabituels soutenant la décision de conserver ces éléments en tant que représentant des éléments de récupération tout aussi valables, mais pas largement répandues.</p> <p>Sur la base des tendances émergentes de croisement des éléments du rétablissement par différentes catégorisations des groupes d'échantillons, les six variables clés de regroupement qui ont représenté le plus clairement les définitions de rétablissement hétérogènes étaient basées sur (a) la durée de récupération (1 an ou moins ; 2-5 ans ; plus de 5 ans) , (b) l'état de la consommation de substances en cours (abstinents vs. utilisation modérée) ; (C) substance de choix (alcool, drogues aucun); (D) le nombre de participation aux réunions du rétablissement en 12 étapes (0-90 réunions vs > 90 réunions) ; (E) traitée vs non-traité ; et (f) étant dans la régénération naturelle.</p> <p>Résultats test-retest (tableau 2)</p> <p>L'analyse des enquêtes 200 test-retest a trouvé un bon, même un très bon accord (rb de 0,6 ou plus) pour 13 éléments et un accord équitable (rb de son entre 0,4 et 0,5) pour 26 éléments. Tau - b est très sensible aux éléments avec des distributions très asymétriques. En présence de ces distributions asymétriques, " accord brut" (somme des diagonales) est une mesure particulièrement pertinente de la stabilité de l'article : accord brut était de 70% ou plus pour 42 éléments, et la</p>
--	---

	<p>proportion globale qui a approuvé un article aux deux administrations est 95 % (non représenté).</p> <p>L'analyse des facteurs de latence (tableau 2) Sur la base de l'EPT avec la première demi-division de l'échantillon complet en utilisant les 47 éléments du rétablissement, huit redondants, des éléments non discriminatoires qui étaient conceptuellement similaires ont été supprimés de même que quatre autres éléments qui ne sont pas chargés sur un facteur.</p> <p>Un modèle à quatre facteurs, expliquant 66% de la variance totale, a été choisi pour mener CFA avec 35 points à la deuxième fraction la moitié de l'échantillon complet. Bon ajustement du modèle a été trouvé (RMSEA = 0,058 et TLI = 0,982). Tant l'EPT et CFA répliqués avec l'échantillon complet, ainsi que les variables de regroupement pour lesquels il y avait suffisamment d'échantillon.</p> <p>Les charges de facteur pour l'échantillon complet sont présentées dans le tableau 2.</p> <p>Les quatre facteurs sont "l'abstinence dans le rétablissement" (3 éléments), "l'essentiel du rétablissement" (15 éléments), « rétablissement enrichi » (10 éléments), et « spiritualité du rétablissement » (7 éléments).</p> <p>Les saturations factorielles vont de .585 (dernier élément de facteur 4) à 0,928 (premier élément de facteur 1).</p> <p>Seuls deux éléments ont des charges inférieures à .7 (derniers éléments des facteurs 2 et 4). Corrélations BE- facteurs de Tween (non représenté) étaient faibles entre le facteur d'abstinence et les autres facteurs (moins de 0,31) et étaient élevés pour les autres. Les trois éléments de facteur 1, "l'abstinence dans le rétablissement," se réfèrent spécifiquement à l'utilisation de la substance: aucune consommation d'alcool, pas de mauvaises utilisations des médicaments prescrits et aucune utilisation de médicaments non prescrits. Il faut rappeler que le soutien est modeste pour ce dernier élément (par exemple, près d'un quart de l'échantillon ne considère pas l'abstinence de médicaments non prescrits comme appartenant à leur propre définition du rétablissement)</p> <p>Facteur 2 : Il est appelé les "essentiels du rétablissement", comme les éléments constitutifs semblent capturer des moyens de base d'ING BE- qui peuvent être nécessaires pour soutenir des changements importants dans l'utilisation de la substance: être en mesure de faire face à des situations difficiles, les relations, les sentiments négatifs, famille / amis, et les erreurs, les changements mentaux en termes d'honnêteté, des façons de penser, évaluation réelle de soi, et de profiter de la vie, les changements de comportement tels que la cohérence, le soin de la santé mentale, et non pas remplacer une dépendance destructrice avec une autre, ayant des réseaux sociaux de soutien et les conditions de vie, les changements physiques de ne plus sentir malade à cause de l'utilisation excessive de substances. Très peu de personnes interrogées disent que ces éléments ne font pas partie de définition du rétablissement.</p> <p>Dans le troisième facteur, «Rétablissement enrichi » les éléments sont subtilement différents de ceux du facteur 2, mais les facteurs de charges indiquent clairement un regroupement conceptuel distinct. Ils se rapportent à regarder vers l'extérieur (une vie qui contribue, être quelqu'un qu'on peut compter sur la réaction d'une manière équilibrée, la prise de responsabilité), se tournant vers l'intérieur (ayant des outils pour la paix intérieure, une meilleure estime de soi, la force intérieure), et en prenant soin de soi-même (obtenir le soutien des autres et prendre soin de la santé physique). Fait à</p>
--	--

	<p>noter, les deux éléments de santé concernent respectivement à prendre soin de la santé physique et mentale chargée plus fortement sur les différents facteurs, à la santé mentale placé dans le facteur «rétablissement essentiel»</p> <p>Facteur 4 est la " spiritualité dans le rétablissement " ne se limite pas à des concepts spirituels de toute évidence dans la nature, mais englobe également des notions telles que la reconnaissance, redonner, et aider les autres. D'autres éléments du facteur de la spiritualité, comme se sentir relié à un être spirituel ou à une force, sont plus explicitement spirituels. Le dernier élément, le rétablissement est de nature spirituelle et n'a rien à voir avec la religion. Il est une distanciation explicite de la religion alors une reconnaissance de la nature spirituelle dans le rétablissement. Les éléments avec le mot spirituel ont été rejetés par 4 % -5 % de l'échantillon. Dans le même temps, 10-13 % de l'échantillon a dit que ces éléments peuvent appartenir dans les définitions des autres, de signalisation à nouveau haute conscience que ces concepts sont importants pour de nombreuses personnes dans le rétablissement quelque soit ses propres points de vue.</p> <p>Différences dans les scores des facteurs basés sur des variables clés de regroupement</p> <p>Pour évaluer les différences dans les définitions de rétablissement des participants, ils ont comparé les scores des facteurs basés sur la durée du rétablissement, état d'utilisation de la substance (abstention ou non), substance primaire, quantité de participation aux réunions de 12 étapes, exposition au traitement, et d'être dans le rétablissement naturel. Pour interpréter à travers les études, les scores bruts moyens sont présentés (tableau 3); les comparaisons entre les scores de facteur CFA et les scores bruts donnés des corrélations très significatives qui allaient de 0,890 à 0,944 (non représenté).</p> <p>Des différences significatives ($p < 0,001$) dans les scores de facteurs ont été trouvées pour tous les facteurs pour les six regroupements de répondants, à l'exception de la durée du rétablissement pour le facteur de rétablissement enrichi. Par exemple, pour l'abstinence et les facteurs de la spiritualité de rétablissement, ceux qui ont plus de 5 ans dans le rétablissement ont obtenu des scores significativement plus élevés que ceux qui ont 2-5 ans et avec 1 an ou moins, et ceux avec 2-5 ans ont obtenu des scores plus élevés que ceux avec 1 an ou moins.</p> <p>Les différences ont émergé comme statistiquement significative, mais étaient de modeste grandeur. Les scores étaient significativement plus élevés chez les abstinentes que les utilisateurs modérés pour les quatre facteurs. Des différences légèrement plus grandes que le temps ont été trouvées pour le rétablissement. Bien que modeste ampleur, les scores des facteurs significativement plus élevés ont également été observés pour les répondants qui avaient participé à plus de 90 réunions en 12 étapes, et parmi les personnes traitées.</p> <p>A l'inverse, tous les scores de facteurs étaient significativement plus faibles pour ceux dans le rétablissement naturel, ce dernier a également eu le score le plus bas des facteurs de tous les groupes pour le facteur de la spiritualité. Les résultats ont été mélangés lors de l'examen substance de choix: dans le groupe de l'alcool, les scores étaient significativement plus élevés sur le facteur de l'abstinence, mais étaient plus faibles sur les trois autres facteurs.</p> <p>Les différences dans les réponses aux définitions inhabituelles du rétablissement (tableau 4)</p> <p>Ensuite, nous considérons les différences de soutien pour les quatre éléments du rétablissement inhabituel, qui ne se</p>
--	--

	<p>charge pas sur tous les facteurs, mais sont retenus pour représenter l'étendue des éléments du rétablissement représentés par diverses approches de rétablissement.</p> <p>Des différences significatives ont été trouvées pour la plupart des éléments pour tous les groupes de répondants. La reprise des articles est de nature religieuse, le rétablissement est physique et mentale dans la nature et n'a rien à voir avec la spiritualité ou la religion ont été principalement soutenue par ceux qui ont moins de temps dans le rétablissement, ceux qui ne s'abstenaient, ceux avec 0-90 réunions des 12 étapes, et ceux dans le rétablissement naturel.</p> <p>Le point de vue que la rechute n'est pas l'usage du tabac a été approuvé par 35% des personnes ayant plus de 5 ans dans le rétablissement, pour lesquels une proportion similaire dit qu'il "ne fait pas partie de toute définition du rétablissement". 31% de ceux qui ont plus de 90 réunions soutiennent cet élément, par rapport à 36% de ceux ayant moins de réunions. Ainsi, le soutien à son inclusion dans une définition de rétablissement ne semble pas dépendre d'une longueur plus longue de rétablissement ou d'avoir assisté à plusieurs réunions en 12 étapes. En fait, le contraire semble être le cas.</p> <p>Le soutien le plus élevé pour son inclusion est parmi ceux qui n'avaient pas été au traitement et à ceux dans le rétablissement naturel. Enfin, le quatrième élément de reprise naissante aussi rare que le rétablissement est de l'alcool ou l'usage non problématique de drogues. La majorité de ceux qui ne sont pas abstinents et ceux qui sont en faveur du rétablissement naturel le présente dans leur définition du rétablissement.</p>
<p>Discussion</p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Ceci est le premier effort vaste à explorer empiriquement les domaines du rétablissement et d'identifier les éléments spécifiques qui composent ces domaines.</p> <p>Les résultats de test-retest concordaient, ce qui implique la stabilité de ces éléments. Les analyses de sensibilité basées sur les variables de regroupement clés mettent en évidence l'un des avantages de cette vaste étude et la diversité des sources de recrutement: la structure à quatre facteurs pour les 35 éléments du rétablissement est robuste indépendamment de la longueur dans le rétablissement, de l'exposition de traitement, et utiliser le statut.</p> <p>Bien qu'elle soit non basée sur un échantillon de probabilité, cette étude fournit un point de départ pour comprendre le rétablissement par la voix de ceux qui ont vécu eux-mêmes, à travers diverses voies.</p> <p>Dans l'ensemble, les six éléments ont approuvé la plupart (> 90%) que définitivement l'appartenance à leur définition comprenait trois éléments du «rétablissement essentiel» (être honnête avec moi-même, la manipulation des sentiments négatifs sans l'aide de médicaments ou d'alcool, être en mesure de profiter de la vie sans boire ou l'utilisation de médicaments comme je le faisais) et trois éléments de «rétablissement enrichi» (un processus de croissance et de développement, en réaction à des hauts et des bas de la vie d'une manière plus équilibrée que d'habitude, en prenant la responsabilité pour les choses que je peux changer). Bien que les scores des facteurs pour ces domaines étaient</p>

	<p>significativement plus élevés chez les personnes ayant des niveaux plus élevés de participations au rétablissement en 12 étapes, l'ampleur des différences est faible, ce qui suggère que les éléments de ces facteurs, dont beaucoup reflètent en effet les principes des 12 étapes.</p> <p>Cette conclusion est conforme aux résultats d'une étude qualitative menée auprès d'un petit échantillon de personnes anciennement toxicomanes dans le rétablissement en étant abstinentes, où les répondants sur cinq décrits spontanément récupération comme «travail sur soi / l'amélioration de soi» et la quasi-totalité (97 %) ont convenu que «le rétablissement est un processus continu qui ne finit jamais" (Laudet, 2007). En revanche, l'élément de rétablissement approuvé par les répondants le moins comme appartenant définitivement dans leur définition était dans la spiritualité, ce facteur du rétablissement est de nature spirituelle et n'a rien à voir avec la religion (63%).</p> <p>D'autres éléments contenant la notion de spiritualité avaient toujours faible approbation et une proportion relativement élevée de "peuvent appartenir à la définition des autres" (environ 10%). Fait à noter, deux éléments de ce facteur centrés sur l'aide des comportements (rétablissement est de redonner, le rétablissement est d'aider d'autres gens à ne pas boire ou utiliser des médicaments comme ils le faisaient), qui ont été approuvés par plus de 90% de l'échantillon.</p> <p>Cela renforce la preuve que les comportements d'aide sont en effet une expression de la spiritualité dans le contexte du rétablissement.</p>
Perspectives futures	<p>Ces résultats mettent en évidence des domaines spécifiques que les modèles de soins chroniques tels que les systèmes de soins axés sur le rétablissement pourraient répondre à favoriser la reprise et que les chercheurs qui étudient le rétablissement devraient envisager. Par exemple, les soins, le souci des autres, la croissance personnelle et les moyens de développement de l'être qui soutiennent changements dans l'utilisation de la substance .</p> <p>Par exemple, les professionnels peuvent ajouter ou suggérer des activités et des possibilités d' amusement comme le bénévolat. Ce qui souligne la contribution à la société.</p>
Questions générales	<p>L'article est structuré par différentes étapes ce qui est plus facile pour trouver les éléments. Il y a beaucoup de détails sur le déroulement des faits, surtout dans la partie méthode et résultats.</p>

Présentation	Plusieurs résultats intéressants pourront être utilisés dans la pratique infirmière avec les personnes en rétablissement.
Évaluation globale	En effet, le fait de savoir ce qui est important pour les personnes vivant le rétablissement va aider à cibler les interventions infirmières. Les résultats importants sont que les éléments étaient classés en 4 catégories : l'abstinence dans le rétablissement, les essentiels du rétablissement, le rétablissement enrichi et la spiritualité dans le rétablissement. Pour l'abstinence dans le rétablissement, 79% des personnes interrogées pensent qu'il ne faut pas consommer d'alcool. Pour les essentiels du rétablissement, 93,2% des personnes interrogées sont en accord avec « être honnête avec moi-même » et 90,5% avec la phrase « Manipuler des sentiments négatifs sans utiliser de drogues ou d'alcool comme je le faisais auparavant » et 91,5% sont en accord avec la phrase « être capable de profiter la vie sans boire ni utiliser des drogues comme je le faisais auparavant ». Pour la partie rétablissement enrichie, 94,5% des personnes interrogées sont en accord avec le fait que c'est un « processus de croissance et de développement », 91,4% avec le fait de « réagir à des hauts et des bas de la vie d'une manière plus équilibrée que d'habitude » et 92,4% pensent que c'est « prendre la responsabilité pour les choses que je peux changer ». Pour le rétablissement spirituel, 91,9% des personnes interrogées pensent que c'est « un processus continu » et 89% des personnes affirment que c'est un « changement de style de vie ».

Grille d'analyse					
Kaskutas, L., J. Borkman, T., Laudet, A., Ritter, L.A., Witbrodt, J., Subbaraman, M.S., ... Bond, J. (2014). Element That Define Recovery : The Experiential Perspective. <i>Journal of studies on alcohol and drug</i> , 75 (6), 999-1010					
Aspects rapport	du	Questions	oui	Non	Peu clair
Commentaires					
Titre		-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X		
Résumé		-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la	X		

	méthodologie, etc.)?				
Introduction Énoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			L'introduction explique le fait que les professionnels et les personnes dans un processus de rétablissement n'ont pas forcément la même définition du rétablissement, car ils l'ont créé chacun de leur côté.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			La recension des écrits résume l'état des connaissances actuelles en citant plusieurs études. Le manque de définition commune est énoncé. Il est expliqué que les chercheurs et les personnes vivant le rétablissement n'ont pas forcément la même définition du rétablissement.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Il n'y a pas de cadre théorique décrit dans cette étude.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?			X	Dans le paragraphe « étude courante » il est énoncé que grâce à cette étude, une définition unique pourra être réalisée avec les éléments sans prendre en compte les différents chemins du rétablissement
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			Ils décrivent trois avantages d'avoir une définition commune : premièrement, les services de soutien dans le rétablissement seront orientés vers les aspects du rétablissement qui sont le plus pertinents pour les personnes vivant le rétablissement, mais qui sont souvent négligés par les professionnels. Deuxièmement, il pourrait fournir un outil de surveillance de la qualité interne et les responsabilités des chercheurs externes en guidant la sélection des résultats. Il apportera une meilleure compréhension de la manière d'être dans le rétablissement. Troisièmement, il permettrait une meilleure compréhension du rétablissement et peut réduire la stigmatisation attachée aux personnes vivant le rétablissement.

Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X		Dans le paragraphe méthode, le devis quantitatif est décrit.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ? -La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X		L'échantillon est décrit, il est hétérogène, les personnes ont eu différentes méthodes pour arriver au rétablissement. Cet échantillon a été recruté aux USA, à l'aide de partenariat avec des associations et en mettant une annonce sur internet et à la radio. L'échantillon est très grand vu que 9341 personnes ont répondu à l'enquête
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ? -Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X		Oui, ils expliquent en détail comment ils l'ont construit et qu'un premier exemple a été testé sur un échantillon de 238 personnes. Oui, les variables sont nombreuses, elles sont citées dans les tableaux et ils expliquent qu'ils se sont basés sur le « Lifetime version of Mini International Neuropsychiatric interview »
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X		Leur procédure a été validée par le institutional review board of the public Health institute Avant de participer à l'enquête, les participants lisaient sur internet l'explication concernant l'étude. Le sondage était anonyme et confidentiel.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X		Le traitement de données est décrit précisément dans l'étude. Les éléments étaient classés en 4 catégories : l'abstinence dans le rétablissement, les essentiels du rétablissement, le rétablissement enrichi et la spiritualité dans le rétablissement. Pour l'abstinence dans le rétablissement, 79% des personnes interrogées pensent qu'il ne faut pas consommer d'alcool. Pour

					<p>les essentiels du rétablissement, 93,2% des personnes interrogées sont en accord avec « être honnête avec moi-même » et 90,5% avec la phrase « Manipuler des sentiments négatifs sans utiliser de drogues ou d'alcool comme je le faisais auparavant » et 91,5% sont en accord avec la phrase « être capable de profiter la vie sans boire ni utiliser des drogues comme je le faisais auparavant ». Pour la partie rétablissement enrichie, 94,5% des personnes interrogées sont en accord avec le fait que c'est un « processus de croissance et de développement », 91,4% avec le fait de « réagir à des hauts et des bas de la vie d'une manière plus équilibrée que d'habitude » et 92,4% pensent que c'est « prendre la responsabilité pour les choses que je peux changer ». Pour le rétablissement spirituel, 91,9% des personnes interrogées pensent que c'est « un processus continu » et 89% des personnes affirment que c'est un « changement de style de vie ».</p>
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont présentés de manière claire, sous forme de tableaux. Un tableau présente les données qui décrivent l'échantillon. Puis deux tableaux présentent les résultats pour chaque élément qui définissent le rétablissement. Il y a aussi un tableau qui indique les facteurs qui influencent les résultats et un autre tableau qui met en lien ces facteurs avec les résultats obtenus.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?		X		Non, car il n'y a pas de cadre théorique ou conceptuel. Cependant, les résultats principaux sont discutés et il est mis en avant que les résultats concordent avec une étude qualitative précédente, menée auprès d'un petit échantillon de personnes anciennement toxicomanes qui sont en rétablissement. Le rétablissement est qualifié comme « un travail sur soi/une

					amélioration de soi » et 97% des personnes de cette étude avaient convenu que « le rétablissement est un processus continu qui ne fini jamais ».
		X			Oui, car ces éléments touchent le rétablissement en général et pas forcément avec les personnes qui consommaient des substances. Les professionnels pourraient favoriser le rétablissement en proposant des interventions telles que du bénévolat ce qui souligne la contribution à la société.
		X			Tout un paragraphe traite des limites de l'étude. Le fait que l'étude s'est déroulée uniquement en ligne peut être une limite. La sous-représentation des personnes moins instruites et des minorités raciales ainsi que le fait d'avoir peu de personnes dans le « rétablissement naturel » sont également cités.
Perspectives futures			X		Il n'ya pas dans cet article d'ouverture sur une prochaine recherche.
Questions générales Présentation		X			L'article est structuré par différentes étapes ce qui est plus facile pour trouver les éléments. Il y a beaucoup de détails sur le déroulement des faits, surtout dans la partie méthode et résultats.
Evaluation globale		X			Plusieurs résultats intéressants pourront être utilisés dans la pratique infirmière avec les personnes en rétablissement. En effet, le fait de savoir ce qui est important pour les personnes vivant le rétablissement va aider à cibler les interventions infirmières.

Grille de lecture	
Références complètes	B. Laudet, A., Stanick, V. (2010). Predictors of motivation for abstinence at the end of outpatient substance abuse treatment, <i>Journal Substance Abuse Treatment</i> , 38(4), 317-327
Résumé	<p>L'engagement à l'abstinence et la motivation sont des prédicteurs importants pour une réduction de consommation d'alcool ou de drogue. Le niveau d'engagement à l'abstinence à la fin de traitement prédit l'abstinence durable.</p> <p>Cette étude cherche à identifier les facteurs prédictifs de l'engagement à la fin de traitement. Les utilisateurs de substance ont été recrutés au début de traitement ambulatoire et ils ont été interviewés à la fin de leur traitement. Les prédicteurs potentiels ont été choisis sur la base de la littérature existante. Les résultats sont : l'utilisation de substance soit mal perçue, l'auto-efficacité lors de l'abstinence, la satisfaction de la qualité de vie et le nombre de réseaux dans le rétablissement en 12 étapes ont contribué à 26.6% du désaccord de la variable de la dépendance. Des sous-groupes qui différencient le genre ont été analysés, mais les résultats étaient très similaires. Les implications cliniques pour maximiser l'engagement à l'abstinence quand les patients quittent le traitement ambulatoire sont proposées.</p>
Introduction Énoncé du problème	La construction de la motivation est composée d'éléments ciblés clés dans la plupart des approches théoriques. Ces derniers sont de bons prédicteurs du changement dans la consommation d'alcool et de drogues. Le niveau de motivation influence sur l'engagement au traitement, la rémission et les résultats. Plus la motivation pour le changement est grande plus il y a de chance qu'il y ait une réduction importante dans l'utilisation de substance.
Recension des écrits	Plusieurs conceptualisations théoriques de la motivation ont été étudiées. Les plus étudiées sont la théorie du « stade du changement » et « prêt à changer » qui ont été développées dans le contexte de l'arrêt du tabac. Elles ont été ensuite appliquées à des troubles de la consommation de substances. Les étapes de la théorie du changement ont fourni la base théorique pour l'entretien motivationnel et sa brève version « Motivation Enhancement Therapy ». L'entretien motivationnel et la « motivation Enhancement Therapy » sont largement utilisés et généralement ils sont efficaces pour favoriser la réduction de consommations de substances. Un sous-ensemble ciblé de modèles conceptuellement liés à la RTC ont examiné la motivation pour un traitement plus spécifique et sa relation avec le maintien du traitement, l'engagement et les résultats. Ces modèles comprennent le modèle de motivation traitement TCU qui se concentre sur les étapes de préparation au traitement et les circonstances, la motivation, l'état de préparation et le modèle « Adéquation ». Ce dernier ne comprend pas les étapes cognitives discrètes, mais examine les influences internes et externes sur la volonté d'une

	<p>personne envers le traitement. En plus de la vaste construction de motivation pour la préparation au changement et à demander de l'aide, il y a la motivation construction spécifique du domaine. Ici c'est l'engagement à un objectif d'abstinence totale et permanente de la drogue et de l'alcool. Cette construction est particulièrement pertinente pour les personnes gravement dépendantes parce qu'il y a un large consensus que l'abstinence est une exigence pour le rétablissement. Le centre de traitement de la toxicomanie définit le rétablissement comme « un processus de changement par lequel un individu atteint l'abstinence et l'amélioration de la santé, le bien-être et la qualité de vie ». D'autres définitions récentes définissent la sobriété comme « primaire et nécessaire pour un mode de vie de rétablissement ». Ces définitions du rétablissement sont conformes aux différentes recherches qui montrent que les utilisateurs très dépendants qui cherchent le rétablissement choisissent l'abstinence totale pour objectif et cela même dans le pays où l'abstinence n'est pas forcément le but ultime (ex : Australie). Il est prouvé aussi que les tentatives de rétablissement les plus défailantes sont fondées sur la modération et que l'abstinence trouve plus de succès et est plus durable dans le temps. Il a été prouvé que si l'engagement à l'abstinence est important à l'admission, il y a une amélioration des chances de l'achèvement du traitement et qui, à son tour, augmente considérablement les chances de maintien d'abstinence pour une année complète. En outre, après un contrôle de santé de l'état de l'utilisation de substance à la fin du traitement, le niveau d'engagement à l'abstinence à la fin du traitement prédit plus significativement plus de chance d'abstinence pour l'ensemble de la première année après le traitement avec des résultats plus importants chez les hommes.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Comme le rôle des constructions des motivations et de l'abstinence sont essentielles, il est d'une importance théorique et clinique de pouvoir identifier les facteurs qui favorisent ou entravent l'engagement à l'abstinence, en particulier les facteurs qui peuvent être modifiés. Les constructions de motivation sont souvent examinées comme des variables prédictives dans les études qui cherchent à quantifier leur contribution à la consommation. Peu d'études ont cherché à identifier les domaines qui influencent la motivation. DiClemente et ses collègues ont publié les résultats d'une étude qui explore les contributions des prédicteurs théoriquement pertinents de la motivation. Ils ont utilisé les données de base de la COMBINE étude, un essai clinique qui évaluait l'efficacité relative de la naltrexone et de l'acamprosate administré individuellement et combinaison avec 2 intensités de thérapies comportementales. Notant le « consensus croissant que la motivation implique de multiples constructions », les auteurs ont examiné les domaines pertinents comme facteurs prédictifs de la volonté de changer les scores dans un plan transversal : les domaines inclus la gravité de la consommation d'alcool et ses conséquences, l'espérance (efficacité et de traitement), et compliquant / soutien personnel (stress et les symptômes psychiatriques) et l'environnement (nombre de buveurs dans l'environnement et la qualité de l'environnement). Les résultats ont montré qu'en plus de deux variables démographiques (femmes et âge), les prédicteurs positifs de RTC étaient un plus grand pourcentage de jour d'abstinence, faible stress perçu, des niveaux plus élevés de problèmes d'alcool, des symptômes psychiatriques, la qualité de vie, l'auto-efficacité et les attentes positives au sujet du traitement. Ces résultats suggèrent que le niveau de motivation pour changer d'un individu est le produit de circonstances</p>

	internes et externes, dont plusieurs peuvent se prêter à une intervention.
Hypothèses	<p>Alors que de nombreuses études ont porté sur la motivation à l'entrée de traitement, le fait d'identifier les prédicteurs de la motivation à la fin du traitement est d'une grande pertinence clinique ainsi: A la fin, les mesures de traitement fournissent un profil des clients comme ils commencent la période post-traitement, un temps qui est très vulnérable à la rechute. Mais il peut aussi devenir le ciment et construire sur les gains de traitement en vue d'un objectif plus large de rétablissement (exemples : obtenir une formation, obtenir un emploi, la reconstruction des relations sociales et familiales,...).</p> <p>L'identification des facteurs prédictifs de la motivation à la fin du traitement peut pointer vers des domaines qui représentent d'intervention pour les cliniciens, dans le but de maximiser la motivation et, finalement, d'augmenter la probabilité de résultats positifs de post-traitement. Construites sur les études de Diclemente, ils cherchent à identifier les facteurs prédictifs de l'engagement à la fin du traitement ambulatoire. Les différences de genre ont été signalées dans les niveaux de motivation et plus précisément, dans le rôle de l'engagement à l'abstinence à la fin du traitement et l'utilisation de substances ultérieure. Comme prédicteurs peuvent également différer entre les hommes et les femmes, les différences entre les sexes sont examinées</p>
Méthodes	C'est une étude quantitative
Devis de recherche	
Population et contexte	<p>Le recrutement a eu lieu dans deux programmes de traitement de malade en ambulatoires intensifs financés par des fonds publics d'état à New York. Les deux programmes sont situés dans des communautés défavorisées de New York et ont respecté la définition d'une orientation éclectique fusionnant les approches des 12 étapes et cognitifs-comportementaux. Ce sont des soins intensifs, les personnes doivent y venir 5 jours par semaine de 9h00 à 15h00, c'est très structuré. Là-bas il y a des groupes et des sessions de conseil individuel, mais aussi des groupes pour la prévention des rechutes, des groupes sujets spéciaux et pour la formation professionnelle.</p> <p>Les personnes qui ont participé à l'étude sont volontaires. 278 personnes ont été interviewées, elles ont été recrutées entre septembre 2003 et décembre 2004 et 250 ont été interviewées à nouveau à la fin de leur traitement.</p>
Collecte des	Les données d'étude ont été rassemblées par des instruments semi-structurés administrés via l'aidé-interrogeant

données et mesures	<p>informatique utilisant le logiciel QDS (nova Research, Inc.)</p> <p>Les domaines évalués sont les mêmes que les prédicteurs potentiels d'engagement à l'abstinence dans l'étude de Diclemente. Les données démographiques ont été rassemblées à l'aide de l'index de gravité de dépendance.</p> <p>Plusieurs sujets ont été abordés durant les entretiens :</p> <p>Traitement d'abus de substance</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mandaté au traitement : Votre arrivée au traitement médicamenteux était en ce moment exigée ou recommandée par le système de justice pénale (Juge, liberté conditionnelle,...) ? • L'histoire du traitement : le nombre d'épisodes de traitement antérieurs, les diverses modalités qu'ils avaient déjà reçu (méthadone, la réadaptation, le suivi en ambulatoire) ? • La durée d'épisode d'indice : le nombre de jour dans le traitement • L'utilité des services : utilité totale des services avec une échelle de 0 (pas du tout) et 10 (extrêmement utile) <p>L'utilisation de substance dans les domaines relatés</p> <ul style="list-style-type: none"> • La gravité de dépendance : Non-alcool Psychoactive, la sous-échelle de trouble d'utilisation de Substance du Mini entretien Neuropsychiatrique international, un entretien court pour développer pour diagnostiquer les troubles psychiatriques. • Problèmes de drogues : basé sur un article de l'ASI • Envies irrésistibles et la tentation pour utiliser les drogues : fréquence d'envie évaluée à l'aide d'une échelle de 0 à 7. • L'auto-efficacité d'abstinence : le niveau auto-évalué de confiance en sa capacité de résister, évaluée avec l'échelle d'auto-efficacité d'abstinence d'Alcool. • Le mal perçu de consommer des drogues : Évalue les perceptions globales des maux prévus en vue de la consommation future, évaluée à l'aide de la sous-échelle de mal future de la mesure d'évaluation principale. • L'engagement à l'abstinence : La sous-échelle d'Abstinence du questionnaire de traitement de dépendance qui évalue l'engagement à l'abstinence. <p>Fonctions psychologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluation du stress • La satisfaction de la qualité de vie avec l'échelle WHOQOL <p>Les ressources de support au rétablissement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Support de rétablissement : Échelle de rétablissement (SSRS)
--------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Membres de réseau dans le rétablissement à 12 étapes : Combien de personnes que vous connaissiez sont impliqués dans une association ? • Participations dans les associations de rétablissement en douze étapes
Déroulement de l'étude	Les données ont été collectées en deux interviews, le premier au début du traitement et le deuxième à la fin du traitement. C'était des entretiens semi-structurés et ont duré en moyenne deux heures et demie. Un consentement éclairé a été signé par chaque personne interviewée. L'étude a été passée en revue et approuvée par le comité de révision institutionnel et par les comités de révision d'éthiques. Un certificat de confidentialité a été obtenu.
Résultats Traitement des données	Les analyses sont en trois étapes : les moyennes et les distributions de fréquence ont été utilisées pour décrire l'échantillon. Les différences de genres de domaine ont été examinées avec le chi-carré pour les variables catégoriques et ANOVAS pour les mesures continues. La commande zéro bivariate des corrélations entre les facteurs et les domaines de résultats ont été examinés. Pour finir, les domaines qui ont rapporté une association bivariate significative (.05) avec l'engagement à l'abstinence, la variable de résultat a été rentrée dans la régression linéaire multiple où le niveau de ligne des bases de la variable de résultats a été entré dans le premier bloc et les données démographiques dans le deuxième bloc. La méthode choisie est la méthode point par point avant de déterminer l'inclusion ou l'exclusion du modèle séquentiellement, basée sur la signification statistique du coefficient pour chaque variable.
Présentation des résultats	<p>Données démographiques</p> <p>Les participants étaient à 56,2% de hommes avec un âge moyen de 39,2 ans. Ils appartenaient à des groupes ethniques minoritaires. Le niveau de scolarité était de 10,5 ans en moyenne. 73,7% dépendaient de l'aide financière du gouvernement. 92,4% ont cité plusieurs substances à problèmes : crack (44,4%), l'alcool (18,4%), l'héroïne (14,4%), de la marijuana (14 %), la cocaïne autre que le crack (7,6%), et 1,2% autres.</p> <p>79,2 % des participants avaient déjà été dans un service de toxicomanie avant celui-là. En moyenne, il y avait 4,8 épisodes antérieurs. 25% des personnes interrogées avaient été mandatées par le système judiciaire.</p> <p>L'engagement au niveau de l'abstinence correspond à « en accord », les femmes sont légèrement plus élevées. Les participants ont assisté à un traitement de 5 mois en moyenne, les femmes sont restées plus longtemps que les hommes. Les participants ont trouvé les services globaux utiles et ceci était significativement élevé chez les femmes.</p> <p>À la fin du traitement, la dépendance, les envies/tentations de consommer une substance et l'étendue du problème sont relativement faibles. Les méfaits perçus de l'utilisation de substance étaient proches du maximum surtout chez les femmes. L'efficacité de l'abstinence de drogues était globalement modérée et chez les hommes, et significativement plus</p>

	<p>élevé chez les femmes.</p> <p>En général, le niveau de stress était modéré, chez les hommes et chez les femmes. Les problèmes psychologiques étaient faibles. La satisfaction de la qualité de vie était relativement élevée et significativement plus élevée pour les femmes. Le soutien perçu pour le rétablissement est modéré et le nombre de membres du réseau dans le rétablissement des 12 étapes a été décrit comme faible.</p> <p>En moyenne, les participants ont assisté à 33 réunions des 12 étapes durant le traitement (env. 1 par semaine). Les femmes ont participé à près de 50% de réunion en plus que les hommes. La participation à des activités des 12 étapes a été faible dans l'ensemble.</p> <p>Quatre des cinq variables de base ont donné des résultats significatifs. Parmi les seize domaines prédictifs, treize ont donné des résultats significatifs. Une corrélation positive à l'engagement a été observée avec une longue durée de traitement, plus de serviabilité dans le traitement, le mal perçu de l'usage de drogue, l'auto-efficacité, une meilleure satisfaction de la qualité de vie, un plus grand soutien pour le rétablissement, une participation au traitement en 12 étapes. Les corrélations négatives étaient une plus grande dépendance, un plus grand nombre de jour avec des problèmes de drogue, les envies/tentations de consommer de la drogue dans le mois passé et le niveau de stress plus élevés.</p> <p>Le nombre de traitements précédents et le fonctionnement psychologique n'ont pas été associés de manière significative.</p> <p>Les résultats sont semblables pour les hommes et les femmes sauf pour la durée du traitement qui n'a pas été significativement associée à l'engagement à l'abstinence pour un sous-groupe de genre. La gravité de dépendance, le nombre de jours de problème de drogue et le niveau d'envie et de tentation de consommer sont plus importants chez les femmes.</p> <p>Le tableau 3 montre les résultats pour les domaines qui ont donné des associations significatives. Quatre domaines sont apparus comme importants, contribuant à 26,6% de la variance expliquée : le mal perçu par une utilisation future, l'auto-efficacité de l'abstinence, une meilleure qualité de vie et un plus grand nombre de membres du traitement par 12 étapes dans son réseau. Les résultats étaient généralement semblables dans les sous-groupes de genre, mais avec trois différences importantes : la satisfaction de la qualité de vie n'a pas atteint une signification dans les deux sous-groupes. Le niveau de stress a été négativement associé à l'abstinence chez les femmes seulement. Le nombre de membres du traitement en 12 étapes dans le réseau social était significatif chez les hommes seulement.</p>
Discussion	<p>Ils ont cherché à identifier les facteurs prédictifs de l'engagement de l'abstinence à la fin du traitement ambulatoire, un indicateur pronostique des résultats post-traitement. Les prédicteurs considérés comme potentiels sont pour prévoir une</p>

Intégration de la théorie et des concepts	<p>construction de la motivation liée au traitement. La plupart de ces domaines représentent des sites potentiels d'interventions cliniques. Quatre domaines ont contribué à un quart de la variance expliquée dans les résultats. Un total de 49,6% lorsqu'il est combiné avec les variables de contrôles : le mal perçu de l'utilisation future de la drogue, l'auto-efficacité, la satisfaction de la qualité de vie et le nombre de membres du réseau du rétablissement en 12 étapes. Le fait que sa future consommation serait mal perçue par lui-même et par ses proches (ex : menace pour la santé, le travail, les amis) est parmi les meilleurs prédicteurs de l'abstinence et est une des principales raisons du rétablissement. Cela a été confirmé par un participant qui dit : « Ce qui a fonctionné pour moi est juste la pensée que je ne veux pas passer par cette folie une fois de plus. Parce que si je devais le faire, je vais certainement tout perdre. »</p> <p>Des stratégies telles que l'entrevue motivationnelle favorisent efficacement le changement de comportement, cela peut être également utilisé pour solidifier un objectif d'abstinence (vs modérée ou utilisation occasionnelle). Dans les deux groupes et le traitement individuel, les patients peuvent être guidés à réfléchir et à apprendre des expériences personnelles avec des rendements expérimentaux à l'usage de substance. L'exploration des expériences de rechutes chez les personnes anciennement dépendantes est intéressante. Certains participants ont « oublié » qu'ils étaient dépendants et sont retournés à l'usage de substances. L'auto-efficacité est le niveau de confiance dans sa capacité à exécuter un comportement spécifique. Il a été impliqué dans les processus du rétablissement : en particulier dans les grandes abstinences. L'auto-efficacité prévoit des réductions ultérieures de la consommation de substance.</p> <p>Les résultats de cette étude indiquent que des niveaux plus élevés d'auto-efficacité dans l'abstinence contribuent à des niveaux plus élevés d'engagement à l'abstinence. Ceci est logique : il est plus facile d'arriver à un but si l'on a les compétences/ressources pour y parvenir. Les habilités d'adaptation pour faire face aux tentations de consommer sont généralement communiquées dans les groupes d'entraide tel que les réunions en 12 étapes. Les cliniciens peuvent construire sur les succès des patients à résister à la tentation de consommer ou sur les succès dans d'autres situations difficiles pour construire la confiance en soi, d'aider les clients à développer et à croire en leur capacité à prendre des décisions saines.</p> <p>La qualité de vie est de plus en plus soulignée dans la recherche et dans la pratique des soins comme un résultat souhaitable et mesurable. Les évaluations de la qualité de vie peuvent représenter à la fois une évaluation et un outil de diagnostic. Les domaines qui sont au cœur de la construction de la qualité de vie (santé psychologique et physique, le fonctionnement social) sont tous touchés par l'utilisation de substance active.</p> <p>La qualité de vie chez les consommateurs de substances actives est généralement très faible et des améliorations dans les domaines de la qualité de vie peuvent être considérées comme le fruit du rétablissement. Ces améliorations peuvent « augmenter le prix » de l'utilisation de future drogue et renforcer l'engagement à l'abstinence. Conformément à cet argument, il est signalé que d'autres variables sont pertinentes : La satisfaction de la qualité de vie de référence parmi une</p>
---	--

	<p>cohorte prospective de personnes anciennement dépendantes. La satisfaction de la qualité de vie contribue à l'engagement à l'abstinence à la fin du traitement ambulatoire et souligne l'importance de la construction de la qualité de vie dans le domaine de la toxicomanie. Pour la pratique clinique et le développement des services, il est important de répondre aux besoins des clients dans des domaines autres que la consommation de substances (exemples : l'éducation, l'emploi, le logement...)</p> <p>Pour les chercheurs, cette découverte suggère la nécessité d'élucider ce qui constitue la qualité de vie.</p> <p>Le quatrième indicateur de fin d'engagement de traitement à l'abstinence était le nombre de membres dans le réseau social du traitement à 12 étapes. Le soutien des amis pour l'abstinence prédit l'abstinence subséquente et est l'un des mécanismes sous-jacents aux effets bénéfiques de la participation aux 12 étapes. Les personnes en rétablissement rapportent régulièrement que d'être autour de pairs est important pour le rétablissement. Peers travaille activement sur comment être dans le rétablissement, tels que les membres des 12 étapes, qui peuvent agir en tant que modèle et fournir des stratégies pour surmonter avec succès les tentations. Ils peuvent donner l'espoir que le rétablissement est réalisable et peuvent enseigner les compétences nécessaires pour se rapporter à des personnes sans drogue et non-dépendantes. Dans cette étude, la participation aux 12 étapes ne permet pas de prédire l'engagement à l'abstinence dans les analyses multi variées bien qu'il atteigne la signification dans les analyses bi variées.</p> <p>Une explication de ce résultat inattendu est que l'influence des amis/associés qui sont membres des 12 étapes peut être supérieure à celle d'autres membres en 12 étapes. On peut entendre ou rencontrer la parole aux réunions, mais ne pas les connaître personnellement. Le fait d'observer l'engagement des amis à l'abstinence dans tous les aspects de la vie quotidienne (choix des activités, stratégies d'adaptation) est susceptible d'informer et de renforcer sa propre motivation et de fournir un modèle quand la tentation de consommer se présente.</p> <p>Dans la pratique clinique, les patients devraient être encouragés à construire un réseau de soutien composé d'utilisateurs de substances et de personnes sans problème de consommations de substances.</p> <p>Plusieurs conclusions touchant le genre ont émergé. Dans l'ensemble, les femmes de cet échantillon avaient un profil clinique un peu moins sévère que les hommes. Les hommes ont signalé des expériences plus positives de traitement. Leurs séjours de traitement étaient plus longs, des évaluations d'utilité plus élevées et plus d'auto-efficacité. Ils ont également rapporté des niveaux plus élevés d'engagement à l'abstinence à la fin du traitement.</p> <p>Le stress perçu est apparu comme un prédicteur négatif de l'engagement à l'abstinence chez les femmes seulement, mais pas de différence entre les sexes dans le niveau de stress perçu. Le rôle du stress dans l'utilisation de substances est bien connu. Les femmes ayant des problèmes de toxicomanies ont souvent moins de ressources face au stress que les hommes. Les femmes qui consomment des substances sont plus socialement défavorisées, le soutien social ne cache</p>
--	--

	<p>pas le stress. Par conséquent, en plus d'identifier les sources de stress avec les patients et de fournir des stratégies pour minimiser le stress dans l'ensemble, il est important que les cliniciens aident également les patients à développer des ressources et des stratégies face au stress.</p> <p>Bien qu'il n'y avait pas de différence entre les sexes dans le nombre de membres du traitement en 12 étapes dans les réseaux sociaux, le domaine à été significatif chez les hommes seuls. Les hommes peuvent être plus influencés par leur réseau social et leur réseau au cours de la dépendance. Les réseaux sociaux des femmes se composent aussi de membres de la famille.</p> <p>Enfin la conclusion est que l'engagement à l'abstinence a légèrement diminué, cette différence entre l'interview de base et celui à la fin du traitement mérite une mention. La diminution de 4.07 à 3,86 (échelle de 1-5) est de faible ampleur et ne peut pas être très cliniquement significative. Il y a deux explications possibles pour ce changement : les clients sont généralement en crise en entrant dans le traitement, soit parce que leur vie est devenue ingérable ou parce qu'ils sont soumis à une forte pression pour rentrer dans leur traitement. Cela peut gonfler temporairement leur motivation pour le changement et non parce qu'ils se sont engagés dans l'abstinence en soi. La deuxième possibilité est que les personnes interrogées au début du traitement veulent probablement apparaître impatientes de bien faire et peuvent gonfler leur motivation pour l'abstinence. Ils peuvent également agrandir la note sur les dimensions qu'ils savent importantes pour les cliniciens (motivation pour l'abstinence, objectif central de traitement).</p>
Perspectives futures	Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour identifier les domaines non examinés dans l'étude et qui sont susceptibles d'être modifiés afin de maximiser l'utilité des résultats pour le développement des services et à la pratique clinique.
Questions générales Présentation	L'article est bien structuré, mais est long. Les tableaux des résultats sont en annexe, il sera plus agréable de les avoir dans le texte en même que la description des résultats.
Evaluation globale	L'étude est intéressante, car elle décrit ce que la personne vivant le rétablissement a besoin pour augmenter sa motivation. Grâce à cela, les professionnels peuvent évaluer et agir sur ces éléments-là. Les éléments importants sont que les prédicteurs de la motivation sont : la future utilisation mal perçue de la drogue, l'auto-efficacité de l'abstinence de drogue, la satisfaction de la qualité de vie, le soutien social perçu pour le rétablissement, le nombre de membres du

	réseau en 12 étapes, le niveau de participation à des activités des 12 étapes (très significatifs). Il y a aussi la durée du séjour de traitement, l'utilité dans le séjour, le nombre de réunion des 12 étapes durant le traitement. Les éléments tels que le stress perçu, le degré de dépendance, le nombre de jours avec un problème de drogue le mois précédent et la tentation d'utiliser des drogues sont des freins à la motivation.
--	--

Grille d'analyse					
B. Laudet, A., Stanick, V. (2010). Predictors of motivation for abstinence at the end of outpatient substance abuse treatment, <i>Journal Substance Abuse Treatment</i> , 38(4), 317-327					
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Argumentation
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre « Predictors of motivation for abstinence at the end of outpatient substance abuse treatment » est explicite face au contenu de l'article
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Le résumé n'est pas partagé en plusieurs parties distinctes, cependant les éléments importants apparaissent.
Introduction Énoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Il est expliqué que la motivation est composée de plusieurs éléments qui peuvent prédire les changements dans la consommation de substances. Le niveau de motivation influence l'engagement au traitement, la rémission et le résultat. Plus la motivation est grande plus il y a des chances qu'il y ait une réduction importante dans la consommation de substance.

Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?				De ce fait, il serait intéressant de connaître qu'est qui influence la motivation afin de pouvoir les renforcer.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Il y a plusieurs éléments d'études qui sont mis en avant, cependant peu d'études ont cherché à identifier les domaines qui influencent la motivation.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			Plusieurs concepts sont décrits tels que la motivation, l'entretien motivationnel, les étapes du changement par Prochaska et DiClemente.
				X	Dans le texte, certaines hypothèses sont sous-entendues comme le fait d'identifier des facteurs prédictifs de la motivation à la fin du traitement peut amener des interventions infirmières dans le but de maximiser la motivation et d'augmenter la probabilité des résultats positifs en fin de traitement.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?		X		
Méthodes	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			La méthode de l'étude est décrite avec précision dans tout

Devis de recherche					un paragraphe. Les données ont été récoltées sous forme d'entretien.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ? -La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			Il y a tout un tableau, en annexe, qui donne les renseignements nécessaires sur l'échantillon
Collecte des données et mesures		X			278 personnes ont été interviewées lors de leurs admissions ainsi qu'à la fin de leur traitement. Seulement 250 ont pu être pris en compte dans les résultats.
	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Les instruments de mesure sont décrits dans l'article. Le logiciel utilisé est le QDS. Les données démographiques sont rassemblées avec l'index de gravité de dépendance.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			Les variables sont décrites durant tout un paragraphe. Ce sont les mêmes variables que dans l'étude de DiClemente. Elles sont catégorisées en quatre groupes : Le traitement d'abus de substance, l'utilisation de substance dans les domaines relatés, les fonctions psychologiques et les ressources de support au

					rétablissement.
Déroulement de l'étude	<p>-La procédure de recherche est-elle décrite ?</p> <p>-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?</p>	X			<p>La procédure est décrite dans l'article. Les personnes ont été recrutées dans deux programmes de traitement de malade en ambulatoires intensifs, dans l'état de New-York.</p> <p>Les personnes étaient volontaires, elles ont signé un consentement éclairé. L'étude a été approuvée par le comité de révision institutionnel et par les comités de révisions d'éthique. Un certificat de confidentialité a été obtenu.</p>
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Les analyses se sont fait en trois étapes qui sont décrites dans l'article.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont présentés sous forme de tableaux. Le premier tableau traite des données démographiques. Selon le deuxième tableau, les prédicteurs de la motivation sont : la future utilisation mal perçue de la drogue, l'auto-efficacité de l'abstinence de drogue, la satisfaction de la qualité de vie, le soutien social

				<p>perçu pour le rétablissement, le nombre de membres du réseau en 12 étapes, le niveau de participation à des activités des 12 étapes (très significatifs). Il y a aussi la durée du séjour de traitement, l'utilité dans le séjour, le nombre de réunion des 12 étapes durant le traitement. Les éléments tels que le stress perçu, le degré de dépendance, le nombre de jours avec un problème de drogue le mois précédent et la tentation d'utiliser des drogues sont des freins à la motivation.</p> <p>Un troisième tableau montre les différences entre les hommes et les femmes.</p>				
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Argumentation			
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?			X	Les résultats sont discutés dans la discussion, cependant il n'y a pas de parallèle fait avec les étapes du Processus du Changement, mais le concept de qualité de vie est traité alors qu'il n'est pas cité dans l'introduction ni dans la recension des écrits.			

	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?			X	La discussion donne plusieurs pistes qui peuvent être utiles pour les professionnels travaillant avec des personnes vivant le rétablissement tel que l'importance. Ces pistes peuvent convenir a des personnes dans un processus de rétablissement et pas forcément pour des abus de substances.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Tout un paragraphe est consacré aux limites de l'étude. La taille de l'échantillon, le fait que le stress et la qualité de vie ont été évalués par un seul élément sont cités.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Durant la discussion, les chercheurs donnent des éléments concrets qui pourraient être modifiés dans la pratique. Les chercheurs suggèrent le fait que dans les études futures les éléments qui sont analysés comme significatifs soient évalué au début et à la fin de l'étude future.
Questions générales	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est bien structuré, mais est long. Les tableaux des résultats sont en annexe, il sera

Présentation					plus agréable de les avoir des le texte en même que la description des résultats.
Évaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			L'étude est intéressante, car elle décrit ce dont la personne vivant le rétablissement a besoin pour augmenter sa motivation. Grâce à cela, les professionnels peuvent évaluer et agir sur ces éléments-là.

Aspects du rapport	Grille de lecture
Références complètes	Evelien A. G. J., Cor A. J. D., Gerdien H de Weert-van, O., Sensky & Cees P.F. van der Staak, T. (2011). Substance Use & Misuse, <i>Shared Decision-Making: Increases Autonomy in Substance-Dependent Patients</i> , 46 : 8, 1037-1048
Résumé	<p>Cette étude examine les effets de l'intervention basée sur la prise de décision partagée (SDMI) sur les comportements interpersonnels auto-perçus par les patients et les cliniciens. Des cliniciens de trois centres de traitement en Hollande ont été répartis de manière aléatoire dans le groupe SDMI ou le groupe prise de décision habituelle. Les patients admis pour traitement non ambulatoire entre 2005-2006 ont été inclus dans l'étude. Les caractéristiques de base ont été évaluées par le biais du European Addiction Severity Index et le Composite International Diagnostic Interview- Substance abuse Module.</p> <p>Les objectifs thérapeutiques ont été évalués par le biais du Goals of treatment questionnaire et d'un procédure de classification de type Q-sort. Les comportements interpersonnels ont été mesurés par la Interpersonal Checklist-Revised à l'admission dans l'étude, la fin du traitement et après trois mois de suivi. Des analyses de variances sur mesures répétées, ainsi qu'une analyse de régression linéaire multiple hiérarchique, ont été utilisées.</p> <p>Le résultat clé de cette étude est que la SDMI est associée avec une amélioration de l'autonomie du patient (comportement indépendant) et du comportement contrôle. Les limitations de cette étude sont également discutées.</p>
Introduction Énoncé du problème	<p>Les études de santé ont de plus en plus mis l'accent sur l'importance de la communication entre le clinicien et le patient. La communication entre les cliniciens et les patients a trois objectifs principaux : transmettre les informations, caractériser la relation entre le clinicien et le patient dans la prise de décision et elle vise à promouvoir la participation des patients dans la prise de décision. Cette communication entre le patient et le clinicien optimise un accord sur le choix et les objectifs de traitement.</p> <p>En ce qui concerne le rôle de la communication entre clinicien-patient, dans la promotion de bonnes relations interpersonnelles. Keisler et Auerbach ont trouvé un certain soutien par rapport à l'hypothèse que les résultats positifs sont en corrélation avec une correspondance complémentaire du comportement interpersonnel clinicien-patient similaire à l'affiliation (à la fois amical ou à la fois hostile) et contradictoire dans le contrôle (un dominant, l'autre soumis).</p>

	<p>Les correspondances complémentaires sont basées sur une norme de la correspondance d'affiliation (comportement amical interpersonnel qui provoque une réaction amicale correspondant. L'agression évoque une réaction agressive. Il y a une différence de niveau pour le contrôle : le comportement dominant évoque un site opposé et une réaction complémentaire : la soumission.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>La plupart des patients acceptent la domination communicative du clinicien qui se traduit par un comportement relativement passif des patients. En ce qui concerne l'échange d'information et la participation à la prise de décision, il est difficile de trouver dans la littérature comment les patients concernés aimeraient être en tant que partenaires dans le processus de la prise de décision. Certaines études confirment l'idée que les patients ont une préférence pour avoir plus d'informations au-dessus du désir de prendre plus de décisions. À l'inverse, d'autres études soulignent l'indépendance relative de la volonté de l'information et le désir de partager la prise de décision. L'implication des patients dans la prise de décision relève une importance particulière pour les patients recevant des soins chroniques, car la majeure partie du plan de traitement doit être effectué par les patients eux-mêmes. Un développement nouveau et important pour faciliter la collaboration entre le clinicien et le patient est de partager la prise de décision. Charles Gafni et Whelan ont décrit le partage de la prise de décision comme suit : « Réalisé la prise de décision partagée est considérée comme un mécanisme pour réduire l'asymétrie d'information et du pouvoir entre les médecins et les patients en augmentant l'information des patients, le sens de l'autonomie et/ou le contrôle sur les décisions de traitement qui affectent leur bien-être ». Dans le traitement de la toxicomanie, il y a, comme dans les soins somatiques, de plus en plus l'accent sur l'autonomie du patient et la participation active à la prise de décision. Dans les relations entre cliniciens et patients, diverses formes de prise de décision sont possibles. Le paternalisme ou « modèle médical traditionnel » dans lequel le clinicien prend la décision et le « modèle médical éclairé » dans lequel le patient prend la décision. Ce sont des variantes les plus extrêmes du spectre. La prise de décision partagée se situe entre ces deux extrêmes. L'influence des patients a été renforcée par la loi dans plusieurs pays. En 2000, la loi néerlandaise sur l'accord de traitement médical a été évaluée. Cette loi entre en vigueur lorsqu'un patient fait appel à un clinicien pour être aidé. Cette loi souligne le fait que le patient et le clinicien sont en charge du traitement. Dans une étude précédente, nous avons développé une intervention de la prise de décision partagée dans les soins de santé de la toxicomanie pour discuter et évaluer une large gamme de problèmes et les objectifs de traitement pour parvenir à un accord de traitement systématique et fréquent. Ils ont défini des objectifs de traitement sur lesquels le patient veut travailler pendant son traitement. Par rapport à un programme de traitement en milieu hospitalier établi seul, la prise de décision partagée a montré l'avantage d'additifs importants pour la gravité de l'usage de drogues et de problèmes psychiatriques.</p>

Cadre théorique ou conceptuel	<p>Une intervention de la prise de décision partagée a été développée pour formuler les zones à problèmes dans lesquels le patient pourrait se trouver. Elle a été fondée en partie sur certains aspects techniques de l'entretien motivationnel. Ceux-ci sont largement utilisés dans les soins de santé de la toxicomanie pour encourager la participation des patients dans les plans de prise de décision et des soins dans d'autres maladies mentales et physiques.</p> <p>Les techniques de l'entretien motivationnel comprennent une petite, mais importante part de l'intervention de la prise de décision partagée. Les cliniciens pourraient dès lors utiliser l'entretien motivationnel bien qu'ils ne soient pas obligés de le faire. Mais ils n'ont pas un instrument structuré qui sélectionne les objectifs importants parmi une gamme complète d'objectifs possibles. Dans l'état expérimental, l'entretien motivationnel a été proposé de façon structurée par le protocole d'exploration, de comparer les objectifs de traitement indiqués et de parvenir à un accord sur ces objectifs.</p> <p>L'intervention de la prise de décision partagée a été en partie basée sur l'évaluation des besoins de Camberwell. Cet instrument a été utilisé pour classer les objectifs et les attentes des patients ainsi que des cliniciens à différents moments tout au long du traitement. L'utilisation de cette procédure structurée conduit généralement à un dialogue entre le clinicien et le patient en ce qui concerne les objectifs et les attentes du traitement. Combinée avec les interventions de la prise de décision partagée, elle fournit des informations et de la communication sur la faisabilité et les avantages des objectifs des traitements.</p>
Hypothèses	<p>En plus de démontrer que la prise de décision partagée peut contribuer de manière substantielle à la gestion clinique, il est important d'examiner les mécanismes et les corrélations. Il y a très peu de recherches à ce sujet qui sont publiées. La prise de décision partagée est susceptible d'influencer sur les relations interpersonnelles du patient et du clinicien. Les recherches de cette recherche ne sont pas au courant de l'existence d'une étude directe et pertinente. L'étude présente a testé cette hypothèse et visait également à explorer si le comportement interpersonnel de base du clinicien et du patient a une influence.</p>
Méthodes Devis de recherche	<p>Un essai contrôlé randomisé a été mené dans trois centres de traitement des addictions aux Pays-Bas. Les patients ont été recrutés de janvier 2005 à mai 2006. Les patients participants et les cliniciens ont reçu les informations sur l'étude par le premier auteur. Il leur a dit que cette étude examine l'effet d'une nouvelle intervention. La randomisation a été stratifiée par un site et a eu lieu au niveau de référence des cliniciens. Un calendrier de randomisation simple a été généré par ordinateur ce qui permet l'attribution aléatoire des cliniciens dans l'un des deux groupes. Les patients ont été assignés à l'un des cliniciens par la disponibilité au niveau de référence.</p>
Population et	<p>Les participants étaient dépendants de substance psychoactives. Tous les participants étaient passés par un programme</p>

contexte	<p>externe, mais ils ont été considérés comme nécessitant d'autres traitements c'est pour cela qu'ils ont été renvoyés à 3 mois de traitement. Ces patients bénéficient d'un traitement en milieu hospitalier axé sur les problèmes psychologiques et émotionnels personnels, ce qui conduit souvent à des problèmes avec la famille, les relations sociales, le travail et les finances. Ce programme de traitement en milieu hospitalier de 3 mois est une intervention standard dans les Pays-Bas pour les personnes ayant des problèmes de toxicomanies. L'intervention a été élaborée sur la base des données de recherches et la qualité du traitement au sein de toutes les unités participantes. Elle a été évaluée par des procédures de qualité standard. Tous les centres avaient des programmes de traitements comportementaux comparables, autant individuels que collectif. Ces programmes de traitement contenaient entre d'autres éléments, la prévention des rechutes et la formation de compétences sociales. Au Pays-Bas, le traitement de la population est mélangé (alcoologiques et toxicomanes), ce qui est rare dans les autres pays. Tous les centres participants avaient un programme comparable, mais non structuré pour atteindre un traitement en accord avec le patient. Tous les patients qui ont accepté le traitement dans l'un de ces programmes de traitement au cours de la période ont été inclus dans l'étude. Aucune distinction n'a été faite concernant les substances utilisées.</p> <p>Les patients ont été exclus pour les raisons suivantes : être âgé de moins de 18 ans, une connaissance insuffisance de la langue, de sévères comorbidités psychiatriques et ne pas être informé du consentement à participer à l'étude. Les patients étaient libres de décider si oui ou non ils voulaient participer à l'étude.</p> <p>31 cliniciens ont participé à l'étude avec un fond de sciences infirmières ont d'étude sociale. La plupart des cliniciens étaient des femmes avec une vaste expérience de travail dans le domaine de la toxicomanie. Les cliniciens ont eu un comportement interpersonnel auto-perçu au sein de la population néerlandaise, ce qui signifie qu'ils sont particulièrement chaleureux et dominants. Tous les cliniciens qui travaillent dans l'unité de traitement en milieu hospitalier ont été invités à participer à l'étude. Aucun clinicien n'a refusé de participer. L'étude a été approuvée par le Comité néerlandais d'éthique d'évaluation des enquêtes expérimentales sur les personnes.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Dans cette étude, la version néerlandaise de l'euroPASi a été utilisée. Elle comprend également le jeu. Huit scores de gravité avec des plages de 0 à 9 ont été tirés de cette interview. Les types et la gravité de la dépendance à une substance ont été évalués en utilisant CIDI-SAM. Ce dernier est une version élargie et plus détaillée des sections d'utilisation de substance de la CIDI.</p> <p>Les questions des entrevues répondent aux critères diagnostiques du DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV et du CIM-10 sur</p>

l'usage de substance psychotrope.

Les Objectifs du traitement ont été évalué selon le questionnaire de traitement (GoT-Q) et une procédure de Q-sort classement. Celui-ci est en partie basé sur le éva- Camberwell As- de Need, mais couvrent deux autres domaines : le jeu et le domaine juridique. Ce questionnaire contient 24 domaines de vie dans lequel il peut y avoir des problèmes comme par exemple ; la santé physique, la détresse psychologique, les relations sociales et les activités du jour. Les domaines problématiques ont été traduits en objectifs et le patient pouvait cocher s'il voulait travailler sur chaque but « certainement » « peut-être » ou « définitivement pas » Le patient et le clinicien ont complété le GoT-G. Le clinicien a indiqué pour chaque but que ce soit dans son avis. Le patient doit être encouragé à travailler sur cela « définitivement », « peut-être » ou « certainement pas » pendant le traitement. La procédure a été étendue avec Q-sort. Classement. Ce sont des cartes sur lesquelles les objectifs de traitement ont été décrits.

Le patient et le clinicien ont dû organiser ces cartes de la même manière que les objectifs du questionnaire et elles ont été disposées en « certainement », « peut-être » ou « certainement pas ». Après, les piles certainement et peut-être ont été classées par ordre d'importance et de priorité.

Le comportement interpersonnel a été mesuré par l'interpersonnel Checklist-Revised (ICL-R). ICL-R est une version néerlandaise revisitée et étendue de la liste de contrôle interpersonnel. Il détermine à la fois la perception des patients, mais aussi des cliniciens sur leur propre comportement interpersonnel. Il contient 160 articles, il faut y répondre par oui ou par non, ces articles sont répartis sur 10 styles de comportements gestion-autocrates, narcissique-concurrentiel, sadique-agressif, rebelle-méfiante, masochistes auto-efficacité, dépendant-docile, coopérative conventionnelle, hyper normal-responsable, le silence réservé, et sociable-extraverti Les 10 styles de comportement interpersonnelles qui résultent sont ordonnés dans un circumplex le long de deux dimensions orthogonales de contrôle (de soumission dominance) et affiliation (hostilité convivialité). Ceci représente un profil interpersonnel. Les abréviations des styles sont dérivées des lettres A-P dans l'ordre inverse dans ce circumplex. Chaque style est un score unique de synthèse reflétant des combinaisons mathématiquement pondérées des deux dimensions de contrôle et affiliation. Le ICL-R est un instrument fiable et valide pour la mesure du comportement interpersonnel chez les patients toxicomanes. En outre, une mesure unique (ICL de vecteur) a été construite sur la base du Score global pour le contrôle et l'affiliation. Dans cette étude, la cohérence interne de la liste totale était .83, et la fiabilité test-retest variait de 0,57 à 0,81. L'auto-évaluation des comportements interpersonnels des patients a été mesurée au départ (T0), à la fin du traitement (T1), et 3 mois après (T2). Le comportement interpersonnel perçu par les cliniciens a été mesuré au départ et à la fin de l'étude.

Déroulement de l'étude	<p>Au départ, le premier auteur a présenté l'étude aux patients. Après que le patient ait signé le consentement éclairé, les données de bases des patients ont été recueillies telles que les données sociodémographiques, le type et la gravité de la dépendance et le DSM-IV.</p> <p>L'intervention de prise de décision partagée a été limitée à 5 sessions à cause du fait qu'ils avaient l'intention de faire une courte intervention. Ils ont dû tester cette intervention de 5 sessions dans une étude pilote réalisée dans un traitement thérapeutique communautaire. Ce projet a démontré que les 5 sessions étaient réalisables et suffisantes. Lors de la séance d'introduction, le clinicien introduit le patient dans le processus et les procédures de la prise de décision partagée. À la fin de la session, le patient remplit le GoT-Q et les Q-tri cartes. Dans la deuxième session, qui se déroule une semaine après, le traitement des objectifs et les attentes du patient sont examinés et comparés avec la perception du clinicien comme décrit lors des résultats de son Q-GOT. Les différences et les similitudes sont discutées. Sur la base de cette discussion, le contrat de traitement est terminé. Au cours de l'évaluation intermédiaire, lors de la troisième session, les objectifs et les attentes sont à nouveau discutés et adaptés à la situation actuelle si nécessaire. À la fin du programme de traitement, une évaluation finale sur les objectifs et attendus a lieu lors de la quatrième session. En outre, de nouveaux objectifs et attentes sont explorés sur la base du GoT-Q complété et classé avec les cartes tri-Q distribuées avant cette session. Dans le cas d'arrêt du traitement avant l'évaluation intermédiaire ou finale, une entrevue de départ avec le même contenu que l'évaluation finale est effectuée si possible. La cinquième session est une entrevue de suivi qui est effectué après 3 mois de traitement. Dans cette réunion de suivi, les objectifs et les attentes qui ont été validés lors de la dernière session sont évalués.</p>
Résultats Traitement des données	<p>Les différences entre les conditions relatives à la base des caractéristiques ont été testées en utilisant le chi-carré ou le test exact de Fisher pour les données dichotomiques et les échantillons tests t indépendants pour les données continues.</p> <p>Les analyses de référence ont été faites pour les patients et les cliniciens qui ont rempli toutes les mesures. Si moins de 10% des éléments étaient manquants dans un questionnaire rempli par un patient, les valeurs manquantes ont été remplacées par des scores moyens pour réduire la perte de puissance. Les patients ont été exclus de l'analyse si plus de 10% des éléments étaient manquants. Pour examiner l'influence des interventions de la prise de décision partagée sur le comportement interpersonnel perçu, des analyses distinctes ont été réalisées pour les deux patients et les cliniciens de ICL-R scores. Les notes de l'auto-perception du comportement personnel à différents moments ont été comparées en utilisant des mesures répétées des analyses de variance. Pour étudier l'influence du comportement interpersonnel de base des cliniciens et des patients sur le changement de comportement interpersonnel du patient, des scores de différence entre les cliniciens et les patients ont été calculés pour le contrôle de la filiation. En outre, les scores de changement du patient ont été calculés pour les dimensions de contrôle et d'affiliation. Une analyse linéaire, hiérarchique, a été préformée pour prédire le changement de comportement interpersonnel du patient. Dans le premier modèle, avec le</p>

Présentation des résultats	<p>score du changement du patient sur la dimension de contrôle comme résultat de mesure, la ligne de base du score de différence a été entrée dans la première étape du modèle, suivie par la condition de la variable dans l'étape suivante.</p> <p>Le tableau 2 présente les caractéristiques de base clé pour 76 patients. 9 patients ne terminent pas toutes les mesures. La plupart des patients ont rempli les questionnaires sans manquer du 1 aux 160 éléments. (T0: 83%, T1: 70%, et T2: 90%). Aucune différence significative n'a été trouvée entre les conditions en ce qui concerne les caractéristiques de base. Par rapport à ces patients qui ne terminent pas toutes les mesures (N=127), les patients qui ont terminé toutes les mesures (N=76) étaient plus âgés et ont reçu un score plus bas sur l'EuropASI (score de gravité). Cependant, il n'y avait pas d'autres différences significatives entre les personnes ayant terminé toutes les mesures ou non. En particulier, il n'y avait pas de différence en ce qui concerne la ligne de base interpersonnelle. Les caractéristiques de base des cliniciens sont illustrées dans le tableau 3. Il y a une différence significative entre les conditions en ce qui concerne les caractéristiques de base du clinicien : le style de base narcissique concurrentielle en auto-évaluation était significativement plus élevé chez les cliniciens au sein de l'état des interventions de la prise de décision partagée.</p> <p>Le changement de comportement interpersonnel des patients et des cliniciens par les interventions de la prise de décision partagée :</p> <p>Seulement 76 patients ont terminé les trois mesures du comportement interpersonnel, dont 43 ont reçu la prise de décision partagée et 33 ont reçu la prise de décision comme d'habitude. Aucune différence significative n'a été observée entre les conditions en ce qui concerne la fréquence de l'arrêt des mesures. Le comportement interpersonnel des patients a montré des changements significatifs entre la ligne de base, la sortie et la mesure de suivi. Tous les styles ont changé de façon significative entre la ligne de base et la sortie. Sauf pour le style hyper normal-responsable. Le ICL-R a augmenté de manière significative entre la ligne de base et la mesure de sortie. La figure 1 résume l'ICL-R au début, à la sortie et le suivi de mesure par conditions. Par rapport à celles de l'auto-évaluation du comportement interpersonnel. Les patients qui ont reçu une intervention de participation à la prise de décision perçoivent une augmentation significative de l'autonomie et de contrôle.</p> <p>Alors que les patients qui ont reçu une intervention à la prise de décision partagée ont perçu une augmentation des comportements interpersonnels extravertis, ceux de la condition contrôle ont évalué cela comme une diminution au fil du temps. Les patients attribués à la prise de décision partagée sont devenus plus ouverts et plus sociables. Les patients du groupe contrôle ont évalué eux-mêmes un comportement silencieux, réservé (changement dans les conditions de comparaison de style : silencieux, réservés).</p> <p>Le tableau 5 et la figure 2 résument l'auto-évaluation du comportement interpersonnel des cliniciens. Il n'y a aucune différence statistiquement significative entre les conditions. Les cliniciens ont montré une augmentation significative dans</p>
----------------------------	---

	<p>les mesures dans le style sadique-agressif et le score de dimension de commande. Le style de comportement hyper normal-responsable a diminué entre le début et la fin de l'étude. Dans l'ensemble, les cliniciens perçoivent plus de contrôle et un comportement interpersonnel moins responsable à la fin qu'au début de cette étude.</p> <p>Les influences du changement du comportement interpersonnel sur le patient pendant le traitement :</p> <p>En expliquant le changement du comportement interpersonnel du patient au cours du traitement, des analyses distinctes pour le contrôle et le comportement d'affiliation ont été effectuées. Les résultats sont présentés dans le tableau 6. La différence de score cliniciens-patient au niveau de référence sur la dimension de contrôle représente 14% de la variance expliquée du changement de comportement de contrôle du patient lors du traitement. Plus la différence entre le clinicien et le patient à la ligne de base a abouti, plus grand est le changement de comportement interpersonnel des patients. En ce qui concerne l'affiliation, la différence des scores entre le clinicien et le patient représentait 24% de la variance expliquée du changement de patients dans les scores d'affiliation. Le clinicien se perçoit d'abord plus conviviale augmente les comportements interpersonnels amicaux du patient. Inversement, lorsque le clinicien se classe comme plus agressif au départ, cela conduit à une augmentation du comportement interpersonnel agressif du patient.</p>
<p>Discussion</p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Le but de cette étude était d'évaluer l'influence d'interventions à la prise de décision partagée sur des patients et des cliniciens par l'auto-évaluation du comportement interpersonnel. Cette étude a également cherché à savoir si les comportements de base des patients et des cliniciens influencent le changement de comportement interpersonnel des patients.</p> <p>Les résultats confirment l'hypothèse selon laquelle les interventions à la prise de décision partagée modifient le comportement des patients en montrant une augmentation globale des comportements interpersonnels indépendants des patients pendant le traitement. Dans le groupe des patients attribués aux interventions pour la prise de décision partagée, il y a plus de changement en ce qui concerne l'autonomie, le contrôle et le comportement extraverti, en comparaison avec les patients recevant la prise de décision, comme d'habitude. Les différences de base entre les patients et les perceptions des cliniciens ont également influencé les changements dans les perceptions des patients durant le traitement, mais ces changements ont eu lieu indépendamment des patients du groupe d'intervention. Plus clinicien est dominant l'augmentation du comportement de contrôle du patient est grande. À l'inverse, plus le clinicien est convivial au départ, est l'augmentation au cours du traitement des comportements interpersonnels – amicale- du patient est grande.</p> <p>Cette étude a démontré que les comportements des patients ont changé pendant le traitement et que la prise de décision partagée a un effet additif sur cette modification. Les résultats ont montré que la prise de décision partagée a conduit à une augmentation du contrôle du comportement du patient et de l'autonomie pendant et après le traitement. Les résultats de cette étude confirment la littérature à cet égard. Les différences patients-cliniciens étaient importantes, mais ne sont</p>

	<p>pas influencées par les interventions de la prise de décision partagée pendant le traitement. Cela pourrait être le résultat de ne pas prendre dans la mesure de suivi les patients. Ces analyses ont été basées sur deux au lieu de trois mesures. En outre, il y avait une différence de base entre les cliniciens dans les deux groupes de traitement. Cela aurait permis de ne pas trouver de différences entre les conditions puisque le comportement interpersonnel de base a été utilisé pour étudier l'influence des différences clinicien-patient. À la connaissance des chercheurs, il y a peu de recherches sur la façon dont la prise de décision partagée pourrait influencer les comportements des cliniciens, bien que Kaplan et ses collègues ont signalé que la participation des patients dans la prise de décision est associée à une diminution du comportement des cliniciens. L'incapacité à trouver un quelconque effet sur le comportement interpersonnel perçu des cliniciens pourrait être due à un échantillon de taille insuffisante. Néanmoins, il y avait des changements dans le comportement d'ensemble des cliniciens au fil du temps, notamment une réduction des notes d'auto-perception sur le style hyper normal-responsable. Cela a été relativement élevé au départ et la réduction au cours de l'intervention suggère que les cliniciens mettaient davantage au fil du temps l'accent sur la responsabilité du patient. Tout en évaluant les communications cliniciens-patients, il est important de mesurer le comportement interpersonnel des deux groupes de participants, de définir l'interaction entre chaque personne. Les résultats de cette étude indiquent que le contrôle complémentaire de base clinicien-patient et le comportement d'affiliation influencent le changement de comportement interpersonnel du patient. Les résultats d'une autre étude ont démontré qu'un groupe hétérogène de patients toxicomanes se considère comme plus soumis et sympathique qu'un échantillon sans problèmes liés à la consommation de substance. Une des tâches du traitement de la toxicomanie pourrait être donc d'apprendre aux patients à se lever pour eux-mêmes. Conformément aux résultats de cette étude, la possibilité que ce changement chez les patients puisse nécessiter plus de comportements de contrôle et des comportements moins affiliatifs de la part des cliniciens.</p> <p>La prise de décision partagée propose une intervention de cinq sessions structurées et bien équilibrées pour mener à bien les décisions de traitement commun de patient et de clinicien. Ceci favorise l'autonomie et l'implication des patients dans la prise de décision. Elle fournit une méthode utile pour soutenir les professionnels à renforcer l'influence de leurs patients dans la prise de décision au sujet du traitement. Elle oblige les cliniciens à négocier sur les objectifs de traitement à un niveau équivalent. Il en résulte une responsabilité conjointe. Cette méthode est conviviale depuis l'intervention qui a été développée en étroite collaboration avec les patients et les cliniciens.</p>
Perspectives futures	<p>Cette étude a mis l'accent sur le traitement de la toxicomanie. Ce traitement peut être défini comme un processus de changement planifié, orienté vers un but temporellement structuré, de qualité, de pertinent. Cependant, les éléments clés</p>

	<p>de cette méthode pourraient facilement être adaptés aux interventions pour d'autres zones de traitement. La recherche a montré que cette méthode est particulièrement adaptée pour les décisions à long terme nécessaire dans le contexte d'une maladie chronique ou quand une intervention implique plus d'une session. Cette méthode représente un large éventail d'objectifs de traitement qui impliquent des changements de style de vie. Par conséquent, elle devrait être étudiée en santé mentale et d'autres services de soins de santé chronique pour promouvoir l'autonomie et l'implication du patient dans les décisions de traitement. Elle prend les patients un peu plus dans la prise en charge de leur propre traitement. Toutefois, l'autonomie est un concept complexe. La question est de savoir si oui ou non les patients sont en mesure de prendre des décisions autonomes dans leur traitement. Spriggs (2003) a déclaré que les stratégies peuvent aider les patients consommant des substances à devenir plus autonome, mais il n'est pas si clair dans quelle mesure ils peuvent être encouragés à adopter ces stratégies et comment y travailler. Il est important d'avoir une compréhension des motivations ou les désirs de dépendance. Il y a différents facteurs qui influencent l'autonomie du patient.</p>
<p>Questions générales</p> <p>Présentation</p> <p>Evaluation globale</p>	<p>L'article est séparé en différentes parties afin de retrouver les éléments clés.</p> <p>Cette étude met en évidence que l'attitude du professionnel a une influence sur le patient. Les éléments importants de cet article sont que les patients qui étaient dans le groupe prise de décision partagée ont perçu une augmentation des comportements extravertis, ils sont devenus plus ouverts et plus sociables. Le professionnel qui se perçoit plus conviviale augmente les comportements interpersonnels amicaux du patient. Lorsque le clinicien se perçoit comme agressif au départ, cela conduit à une augmentation de l'agressivité du patient.</p>

Grille d'analyse				
<p>Evelien A. G. J., Cor A. J. D., Gerdien H de Weert-van, O., Sensky & Cees P.F. van der Staak, T. (2011). Substance Use & Misuse, <i>Shared Decision-Making: Increases Autonomy in Substance-Dependent Patients</i>, 46 : 8, 1037-1048</p>				
Aspects du	Questions	oui	Non	Peu
				Argumentation

rapport				clair	
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?		X		Le titre « Share Decision-Making : Increases Autonomy in substance-Dependent Patient » permet de saisir l'objet de la recherche.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?		X		Le résumé est disponible en plusieurs langues. Il n'est pas séparé en plusieurs parties, cependant, il permet de connaître les grandes lignes de l'étude.
Introduction Énoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?		X		La communication entre les professionnels et les patients est très importante.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?		X		Il est difficile de trouver dans la littérature comment les patients concernés aimeraient être en tant que partenaires dans le processus de la prise de décision. Certaines études confirment l'idée que les patients aimeraient avoir plus d'informations est plus important que le désir de prendre plus de décision. Mais l'inverse est aussi présent dans la littérature.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Dans l'article il est expliqué comment l'intervention sur la

Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?				prise de décision a été construite. Il se base sur certains aspects de l'entretien motivationnel.
		X			Les hypothèses formulées étaient que la prise de décision partagée est susceptible d'influencer sur les relations interpersonnelles du patient et du professionnel ainsi que le comportement interpersonnel de base du professionnel et du patient ont une influence.
	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			Elle découle de l'état actuel des chercheurs après la recension des écrits.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?				La méthode de réalisation de l'étude est décrite. Les chercheurs ont d'abord fait un essai contrôlé randomisé dans trois centres de traitement des addictions aux Pays-Bas. Les participants ont été répartis dans deux groupes.
	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Un tableau est disponible avec toutes les données démographiques concernant les 76 personnes participant à l'étude.
Population et contexte					

	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?		X	<p>L'échantillon est petit, mais il permet de se faire d'avoir des résultats, car l'étude est méticuleuse et qu'il est parfois difficile d'avoir beaucoup de personnes lorsque des sujets personnels comme ceux-ci sont abordés.</p> <p>Il y avait 31 cliniciens qui participaient à l'étude.</p>
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X		Différentes échelles sont utilisées telles que le GoT-Q, le Q-tri carte.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X		L'étude se déroule en 5 sessions qui sont expliquées clairement dans un tableau.
	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X		Les participants ont reçu les informations nécessaires concernant l'étude. Un de consentement éclairé a été signé.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?			Les données ont été traitées afin de répondre aux à l'aide de la version néerlandaise de l'euroPASI, la dépendance à été évaluée avec le CIDI-SAM. Les participants devaient répondre à des questions sur 24 domaines de vie en évaluant « certainement » « peut-être »

					ou « définitivement ».
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Plusieurs tableaux expliquent les résultats. Le tableau n°4 explique des caractères perçus par les patients et le tableau n°5 ceux des professionnels lors des différentes entrevues. Les patients qui étaient dans le groupe prise de décision partagée ont perçu une augmentation des comportements extravertis, ils sont devenus plus ouverts et plus sociables. Le professionnel qui se perçoit plus conviviale augmente les comportements interpersonnels amicaux du patient. Lorsque le clinicien se perçoit comme agressif au départ, cela conduit à une augmentation de l'agressivité du patient.
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Argumentation
Discussion Intégration de la théorie et des	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Les résultats obtenus sont mis en lien avec la confirmation des hypothèses faites au début de l'article. Un parallèle avec une

concepts	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			étude de Kaplan est fait. Bien que cette étude a mis l'accent sur la toxicomanie, ce traitement peut être processus de changement planifié et pourrait facilement être adapté aux interventions pour d'autres zones de traitement.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Plusieurs limites sont mises en évidence telle que le taux abandon élevé, le fait qu'ils ont changé des valeurs manquantes par des valeurs moyennes
	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Cette méthode propose un large éventail d'objectifs de traitement qui impliquent des changements de style de vie, elle promut l'autonomie et l'implication du patient dans son traitement.
Perspectives futures	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est séparé en différentes parties afin de retrouver les éléments clés.
	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Cette étude met en évidence que l'attitude du professionnel a une influence sur le patient.
Questions générales Présentation Evaluation globale					

Aspects du rapport	Grille de lecture
Références complètes	McNeela, G. Clinton, C. Place, A. Scott, P. Treacy, A. Hyde et H. Dowd. (2010). Psychosocial care in mental health nursing: a think aloud study. <i>Journal of advanced nursing</i> , 66, 1297-1307
Résumé	<p>Titre : Prise en charge psychosociale en soins infirmiers en santé mentale: une réflexion à haute voix.</p> <p>Contexte : Les personnes en situation de troubles mentaux durables et sérieux évaluent l'engagement psychosocial comme un moyen de parvenir à la récupération et à la réhabilitation. Cependant, l'utilisation des infirmières en santé mentale de soins centrés sur la personne et l'engagement des directives psychosociales dans la routine des soins est peu claire.</p> <p>Méthode : Une réflexion à voix haute voix a été réalisée avec 37 infirmières en santé mentale répondant à un cas simulé représentant une personne avec un problème de santé mentale durable. Les participants ont été recrutés dans les établissements hospitaliers aigus et communautaires à travers l'Irlande et ils ont répondu aux deux tâches suivantes : l'identification de la nature du problème de la personne et les recommandations sur ce qu'il faut faire ensuite. Les motifs dans l'utilisation des thèmes d'interventions psychosociales ont été décrits et analysés selon le niveau d'expérience (très expérimenté ou non) et le milieu de pratique (aiguë / communauté).</p> <p>Résultats. Une intervention psychosociale orientée vers l'engagement structuré a été largement utilisée, suivie par le réconfort et l'encouragement basé sur communication pragmatique. Une minorité d'infirmières utilise le dialogue. Les infirmières en santé mentale communautaire très expérimentées ont été les plus susceptibles de parler en termes d'engagement psychosocial intensif.</p> <p>Conclusion. Le fait de compter sur la résolution de problèmes est problématique en termes de participation des utilisateurs et de prise de décision des services. L'utilisation de connaissances informelles dans la pratique devrait être négociée par le biais des discussions plus ouvertes par les infirmières, y compris l'adoption d'un consensus sur les</p>

	composantes de la prise en charge psychosociale.
	Mots-clés: la prise de décision, trouble de santé mentale durable, soins infirmiers en santé mentale, soins psychosociaux, cas simulé, pensée à voix haute.
Introduction Énoncé du problème	Les problèmes mentaux durables et graves entraînent la persistance d'un trouble mental sur plus de 2 ans, avec des incapacités fonctionnelles significatives (Kai et al . , 2000, Ruggeri et al . , 2000). Les interventions en soins infirmiers en santé mentale dans ce domaine des soins sont destinées à promouvoir la réhabilitation et le rétablissement (Repper 2000 Borg & Kristiansen 2004). Le travail psychosocial réalisé par des infirmières est important dans la réalisation de l'objectif d'aider les utilisateurs de services à atteindre l'indépendance soutenue face à la stigmatisation et l'isolement (Kai & Crosland 2001). Cet aspect de la performance professionnelle est reconnu comme essentielle aux soins, mais il n'y a pas de consensus sur la façon de classer les interventions psychosociales. Malgré cela, les soins psychosociaux sont liés dans de nombreux points de vue existants, y compris la recherche sur les interventions psychosociales formelles et la relation thérapeutique plus expérientielle.
Recension des écrits	La recherche sur les compétences interpersonnelles comme la communication empathique et l'écoute active dans une relation thérapeutique basée sur la confiance n'a pas encore abouti à des protocoles clairement établis. De plus, il est encore difficile d'intégrer la théorie psychosociale dans les unités de soins, à cause des limites structurelles et du manque de ressources, à cause l'approche biomédicale et du scepticisme de certains soignants.
Cadre théorique ou conceptuel	-
Hypothèses	-
Méthodes Devis de	Devis mixte

recherche	39 infirmiers ont été recrutés dont 12 hommes et 25 femmes, dans 8 services de santé mentale différents, en Irlande, afin de s'assurer que la pertinence de l'étude ne soit pas limitée à une région ou à un service en particulier. Ils ont été contactés par le biais de publicité interne et identifiés par un nombre. 2 infirmiers ont été supprimés de l'étude pour des raisons d'informations démographiques incomplètes et un enregistrement de données incomplet. 15 participants travaillaient dans des services de soins aigus dont 7 hommes et 8 femmes. 22 participants travaillaient dans des centres communautaires, dont 5 hommes et 17 femmes. Les infirmiers ont été échantillonnés sur la base de leurs expériences dans ce domaine ce qui a conduit à 6 sous-groupes. Pour simplifier l'analyse, les 2 sous-groupes les moins expérimentés ont été réunis en un et comparés à ceux qui avaient 10 ans d'expérience. Avoir 10 ans d'expérience dans un domaine de soins est reconnu comme niveau d'expert.
Population et contexte	
Collecte des données et mesures	Les participants ont répondu à quatre cas simulés. Dans cet article, nous rapportons le cas qui a suscité la discussion la plus vaste de prise en charge psychosociale. Cette simulation de cas est centrée sur un patient (Karen) dont le profil comprend un retrait social, une inactivité et a reçu un diagnostic de schizophrénie, ce qui correspond à des problèmes persistants de santé mentale (Kendrick et al., 1994). La simulation comprenait une vidéo montrant Karen utilisant un langage fort envers une étudiante en soins infirmiers dans sa chambre dans une auberge de réadaptation, les participants devaient remplir des notes et répondre à deux questions. La simulation de cas a été basée sur un ensemble de documents anonymes de soins infirmiers enregistrés dans une autre étude dans le même programme de recherche. Les notes des infirmiers ont d'abord été rassemblées, puis ont été décomposées, ensuite un script a été créé sur la base de ses notes. Le script vidéo a été filmé à l'aide d'acteurs professionnels. La collecte des données a eu lieu individuellement avec les infirmières dans leur lieu de travail. Ils se sont familiarisés avec les pensées à voix haute à travers une séance d'essais. Les quatre cas de simulations auxquels tous les participants ont répondu ont été présentés dans un ordre aléatoire pour éviter les effets d'ordre. Une tâche ciblée a été mise au point pour chaque simulation. Dans le cas de Karen, deux tâches ont été mises au point - pour décrire sa situation actuelle et recommander les prochaines mesures à prendre. La simulation de cas et les tâches ont été introduites et le participant a eu l'occasion d'examiner les notes des infirmiers. Le clip vidéo a été présenté par un intermédiaire à l'aide d'un ordinateur portable à deux reprises, suivi par un examen plus approfondi des notes des infirmiers jusqu'à ce que le participant soit satisfait de la réponse. Le participant a été invité à réfléchir à haute voix tout au long de la tâche et les interactions avec le chercheur étaient minimales, sauf pour donner des clarifications brèves ou inciter la personne au bout de 10 secondes de silence. La session de bande audio a été transcrite et importée à un « Nvivo7 ». La longueur de la transcription moyenne était de 701 mots (SD = 448/£69), avec beaucoup de variabilité de 169 à 1886 mots (premier quartile 367 mots, deuxième quartile 514 mots et le troisième quartile 921
Déroulement de l'étude	

	mots), représentant 2-15 minutes de durée.
Résultats Traitement des données	<p>Les analyses pour identifier les catégories représentant les interventions psychosociales ont eu lieu à travers l'analyse de contenu qualitative des transcriptions (Hsieh & Shannon 2005). Les pensées à haute voix sont souvent codées selon les catégories cognitives (par exemple décision et hypothèse), mais dans ce cas, le but était d'identifier les catégories thématiques (par exemple de dialogue et l'encouragement). Les catégories ont été élaborées par un processus proposé, testé et modifié. Deux codeurs ont travaillé ensemble afin de concevoir les catégories d'analyse du contenu. Ceci a été fait sur la base de codage indépendant d'un sous-ensemble de 10 transcriptions. Les transcriptions ont été lues à plusieurs reprises puis divisées en unités codées.</p> <p>Trois catégories d'interventions ont été identifiées dans les transcriptions. « Le dialogue », soins centrés sur le patient fondés sur la compréhension phénoménologique et la communication thérapeutique. La seconde catégorie est « le réconfort et l'encouragement ». Cette catégorie se réfère à l'utilisation pragmatique des compétences de communication. Ceci dans le but de favoriser le confort et les formes de croyances et de diminuer l'anxiété. Finalement « l'engagement structuré », qui reflète le rôle infirmier dans la recherche de l'adhérence du patient aux thérapies.</p> <p>Le dialogue : le dialogue est une approche centrée sur le patient, qui a une orientation phénoménologique basée sur des conseils non-directifs est qui peut prendre la forme de collaboration. Le dialogue permettrait à Karen de s'exprimer plus librement et permettrait ainsi aux infirmiers de comprendre le comportement de cette dernière. Le dialogue est important, car c'est une forme d'engagement, qui englobe les préférences de la patiente et celles de l'institution.</p> <p>La réassurance et l'encouragement : L'encouragement, grâce à la persuasion, vise la dynamisation et la motivation du patient. Les infirmiers avaient comme objectifs grâce à l'encouragement, de motiver la personne dans le processus de socialisation. Rassurer et encourager peut également être bénéfique pour que Karen accepte les conditions dans lesquelles elle se trouve actuellement (normes de la communauté, etc.). Finalement, l'écoute et le dialogue est facilité par le soutien émotionnel et permet une meilleure communication.</p> <p>L'engagement structuré : ce thème explore l'importance d'avoir des objectifs qui sont basés sur le respect des normes de l'établissement. Ceux-ci doivent être précis et clairs. Les infirmières en santé mentale se servent du renforcement positif. Cette méthode est risquée. En effet, celle-ci peut aller à l'encontre des idéaux de la communication de collaboration.</p>

	Cependant les infirmières de l'étude mettent en avant le fait qu'il s'agit de soigner les comportements qui ne sont pas adéquats et non pas la pathologie elle-même.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	La simulation de cas permet des comparaisons directes entre les participants, mais une certaine perte de validité écologique découle de l'utilisation des cas de simulation. De plus une observation des consultations dans la réalité des infirmiers participant à l'étude aurait pu être bénéfique.
Perspectives futures	Des travaux supplémentaires seraient bénéfiques afin de pouvoir appliquer ces interventions à d'autres groupes de clients (avec une autre pathologie par exemple).
Questions générales Présentation	Présentation agréable à lire, article aurait pu être davantage structuré.
Évaluation globale	Terme anglais parfois difficile à traduire.

Grille d'analyse					
McNeela, G. Clinton, C. Place, A. Scott, P. Treacy, A. Hyde et H. Dowd. (2010). Psychosocial care in mental health nursing: a think aloud study. <i>Journal of advanced nursing</i> , 66, 1297-1307					
Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?			X	Ce n'est pas précisé dans le titre qu'il s'agit d'une étude qui concerne les patients souffrant de schizophrénie
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Le résumé contient le titre, le but, le contexte, la méthode, les résultats et la conclusion de l'étude.
Introduction Énoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?			X	Les données concernant la recension des écrits sont peu claires, car elle ne reprend pas toutes les variables étudiées.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?			X	Les cadres théoriques sont absents dans cette étude
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?		X		Je n'ai pas trouvé de formulation d'hypothèses dans cet article.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?		X		
Méthodes	-Le devis de recherche est-il décrit ?		X		Non, il n'est pas explicitement donné, il s'agit d'un devis mixte

rapport	
Références complètes	Kemp, R., Harris, A., Vurel, H., & Sitharthan, T. (2007). Stop using Stuff: trial of drug and alcohol intervention for young people with comorbid. Vol 15, No 6. The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists.
Introduction Énoncé du problème	<p>Résumé :</p> <p>Objectif: La toxicomanie est un problème important dans le traitement des jeunes avec leur première psychose. Cette étude rapporte un essai randomisé d'une brève thérapie cognitivo-comportementale manualisée de la toxicomanie chez les jeunes atteints de psychose.</p> <p>Méthode: Les sujets ont été randomisés entre le traitement de l'étude et un groupe traité comme d'habitude. Le traitement était de quatre à six séances d'une brève intervention de thérapie cognitivo-comportementale (TCC) développée spécifiquement pour ce groupe de patients qui stoppent l'utilisation de substances.</p> <p>Résultats: Les deux groupes se sont améliorés à travers l'essai. Cependant, ceux qui sont exposés au traitement actif se sont améliorés de manière significative sur les mesures de la fréquence du cannabis et de l'alcool.</p> <p>Conclusions: Les interventions brèves en toxicomanie chez les jeunes atteints de psychose peuvent aider à établir une consommation de substance modérée dans ce groupe difficile à traiter.</p> <p>Mots clés : thérapie cognitivo-comportementale, première psychose, toxicomanie, traitement.</p> <p>Énoncé du problème :</p> <p>Étant donné les taux d'abus de substances dans la tranche d'âge 18-24 ans et ses implications associées aux rechutes et aux mauvais résultats de traitement, la nécessité d'une intervention appropriée à cette population est apparente.</p> <p>Des travaux récents ont mis l'accent sur la nécessité d'intégrer les drogues et l'alcool et les soins de santé mentale dans les programmes communautaires. Les éléments communs de ces programmes comprennent une action dynamique, le conseil, le soutien social et des interventions motivationnelles à la fois pour la maladie mentale et le trouble lié à la consommation de substances. Il est prouvé que les brèves interventions motivationnelles peuvent être efficaces dans les milieux de la drogue et de l'alcool, particulièrement si elles sont soutenues par la thérapie cognitivo-comportementale qui a été trouvée pour réduire la gravité de l'abus de substances et les symptômes psychiatriques par rapport aux autres traitements.</p>

Cadre théorique ou conceptuel	Il n'y a pas de cadre théorique cité dans cet article. Cependant les concepts sont : la thérapie cognitivo-comportementale, la première psychose, la toxicomanie et le traitement.
Hypothèses	<p>Question/hypothèse :</p> <p>Aucune question n'est notée dans l'article.</p> <p>Selon nous, la question pourrait être : est-il nécessaire de développer des traitements pour l'abus de substance en comorbidité avec les troubles psychotiques ?</p> <p>But :</p> <p>Ce projet décrit le pilote d'une brève intervention cognitivo-comportementale basée sur l'intervention 10 de l'intégration de la drogue et l'alcool dans un groupe de jeunes qui se présentent à la prévention, l'intervention précoce et le service de rétablissement (PEIRS), un enfant à base d'une communauté de jeunes axée sur la santé mentale un service basé à l'ouest de Sydney, avec un double diagnostic de psychose et de trouble de toxicomanie.</p>
Méthodes Devis de recherche Population et contexte	<p>Il s'agit d'un devis quantitatif, d'un essai randomisé. Ceci n'est pas indiqué dans l'article qu'il s'agit d'une étude quantitative. Cependant les résultats sont présentés avec des valeurs. Un tableau présente également les résultats.</p> <p>Contexte :</p> <p>Population-échantillon, critères inclusions/exclusions</p> <p>Population :</p> <p>Un groupe de jeunes qui se présentent à la prévention et à l'intervention d'un service de rétablissement. Une communauté à base d'enfants et de jeunes orientés dans un service de santé mentale à L'Ouest de Sydney. Ceux-ci ont un double diagnostic de psychose et d'un trouble de toxicomanie.</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <p>Les critères d'inclusion pour l'étude étaient un diagnostic primaire d'une maladie psychotique (trouble psychotique induit par une substance, le trouble de la schizophrénie, la schizophrénie ou d'un trouble de l'humeur psychotique selon le DSM IV(1), l'abus de substances (DAST - 10] 3 ; AUDIT] 6) et le consentement éclairé.</p> <p>Critères d'exclusion :</p>

	<p>Les sujets ont été exclus s'ils avaient un trouble neurologique grave, s'ils avaient une déficience intellectuelle, ne parlaient pas anglais, ou avaient peu de chance d'être contactables pour l'examen (une revue) dans les 6 mois. Cela a été défini comme étant des sans-abri ou des résidents de nuit seulement du secteur de recrutement.</p> <p>Vingt-sept jeunes, âgés de 17 à 25 ans avec un diagnostic à la fois de toxicomane et de psychose, ont été renvoyés de l'étude. Sur les 27 références, huit ont été exclus (deux, car ils n'abusent pas des substances, deux comme ils avaient reçu un traitement pour leur problème de drogues ou d'alcool et avaient maintenu l'abstinence pendant au moins 6 mois, deux avaient déménagé hors de la zone, celui-ci était un détenu médico-légal et un était trop malade pour participer).</p> <p>Trois participants ont abandonné le groupe TAU.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Méthode de collecte des données :</p> <p>Les jeunes ont été référés à un clinicien intégré dans l'équipe spécifiquement pour le traitement de la drogue et l'alcool.</p> <p>Les sujets ont été aléatoirement randomisés soit l'arrêt de l'utilisation de substances (SUS) l'intervention ou à un groupe de «traitement habituel» (TAU). Un nombre égal de cartes avec soit SUS ou TAU ont été placés dans des enveloppes opaques individuelles qui ont ensuite été mélangées et une troisième personne, ensuite choisie au hasard les enveloppes et les a placées dans l'ordre dans une boîte. Les enveloppes ont ensuite été tirées dans l'ordre de la boîte à chaque fois qu'un patient a été randomisé.</p> <p>Outils de mesure :</p> <p>Les mesures utilisées dans l'étude étaient l'échelle des symptômes positifs et négatifs (PANSS), 12 test de dépistage d'abus de drogues (DAST - 10), 13 le test d'identification (AUDIT) de l'abus d'alcool. 14 l'échelle (DASS) de la dépression et de l'anxiété, 15 l'échelle (SES) de l'auto-efficacité, 16 et l'Organisation mondiale de la Santé de l'échelle de la qualité de vie (version brève). 17 la quantité et la fréquence d'utilisation de la substance ont également été enregistrées. Les mesures qui ont été évaluées par les cliniciens ont toutes été effectuées par le clinicien fournissant le traitement et ne sont donc pas aveugles. L'étude a été approuvée par le Comité d'éthique dans le domaine de la recherche humaine à Sydney Ouest.</p>
Déroulement de l'étude	<p>SUS est une intervention décomposée utilisant l'entretien motivationnel et les pratiques cognitivo-comportementales pour l'abus de substances, sur la base de l'intervention de l'intégration des drogues et de l'alcool et orientée vers une approche de minimisation des risques. 18 Il comprend cinq étapes: l'orientation et l'engagement, la persuasion, l'action, le maintien et la prévention des rechutes. TAU comprenait la gestion intensive des cas, l'accès à la fois individuel et des groupes de psychoéducation, psychoéducation familiale et de la médication. Toutes les interventions de TAU étaient à la disposition du groupe SUS. Aucun traitement supplémentaire n'a été offert au groupe TAU pour équilibrer les 4 à 6 heures de</p>

	<p>traitements supplémentaires reçus par le groupe de SUS. Tous les autres traitements ont été fournis par le personnel PEIRS, reflétant leur pratique habituelle. Cela comprenait des conseils et des recommandations concernant l'utilisation de substances, qui pour les sujets ayant des problèmes de toxicomanie constitue un accent significatif du travail thérapeutique.</p> <p>Tous les patients ont été contactés 3 mois après la fin du traitement pour maintenir leur engagement à l'étude. Les participants ont été réévalués 6 mois après la fin du programme .</p>
Résultats Traitement des données	<p>Au départ, le groupe d'intervention avait un score significatif plus haut du DASS [t (14) 2.63, $p < 0.05$] et sur la AUDIT [t (14) 2.49, $p < 0.05$].</p> <p>Les mesures répétées ANOVA et les deux voies ANOVA ont été utilisées pour observer entre les différences de groupes comme résultat d'intervention. Les principaux effets significatifs ont été observés dans la fréquence de l'alcool [F (1,14) = 7.0, $p < 0.05$].</p> <p>Les mesures répétées ANOVA et ANOVA à deux voies ont été utilisées pour observer entre les différences de groupe comme résultat d'intervention. Les principaux effets significatifs ont été observés dans la fréquence de l'alcool [F (1,14) 4.718, $pB0.05$] et les drogues consommées [F (1,14) 7.0, $pB0.05$]. Il n'y avait pas d'effet principal significatif de la quantité de consommation d'alcool ou de drogues; il n'y avait pas d'interactions significatives. La taille de l'effet (h2) de chaque effet principal était de 0.162 (33.5% de la puissance) et 0.007 (6 % de la puissance), respectivement.</p> <p>Les mesures répétées ANOVA ont été menées sur les scores de l'instrument. Les principaux effets significatifs pour les deux groupes ont été observés pour DAST [F (1,14) 13.67, $p B0.05$], AUDIT [F (1,14) 5.82, $pB0.05$], WHOQOL [F (1,14) 7.79 , $pB0.05$] et SE [F (1.14) 4.97 , $pB0.05$]. La taille de l'effet (h2) de chaque effet principal était DAST 0.167 (34.6% de la puissance), AUDIT 0.294 (61.2% de la puissance), WHOQOL 0.138 (28.7% de la puissance) et SE 0.17 (35.1% de la puissance).</p>

Présentation des résultats

Table 1: Study demographics and summary of results

	Stop Using Stuff (n = 10)	Treatment as usual (n = 6)
Age	20.6 years (2.1)	20.8 years (1.7)
Male (%)	70%	100%
Cones cannabis/month†	Baseline 8 (1–74)	Baseline 32 (0–83)
Frequency cannabis use/month†	5 (0–18)	17 (0–28)
Frequency alcohol/session†	4 (3–10)	1 (1–5)
Quantity alcohol/session†	5.5 (5–10.6)	5.5 (2.6–6.0)
DAST–10‡	4.0 (2.5)	5.8 (2.6)
AUDIT‡	15.5 (7.3)	6.3 (6.6)
PANSS total‡	70.0 (10.8)	53.7 (21.9)
DASS total‡	43.5 (20.8)	63.8 (14.5)
WHOQOL Bref‡	81.0 (15.7)	17.8 (14.8)
Self efficacy score‡	41.1 (23.9)	88.7 (11.5)
		71.3 (33.5)

†Median and 25–75% range.
‡Mean and standard deviation.
†p < 0.05.

Discussion

Intégration de la théorie et des concepts

Limites :

Un certain nombre de questions méthodologiques ont gâché le projet. Le recrutement s'est avéré être difficile. Les jeunes et leurs familles étaient très passionnés de prendre part à l'essai, jusqu'à ce qu'ils aient réalisé qu'ils pouvaient être randomisés dans le groupe TAU. Cela signifie également qu'un certain nombre de sujets ont abandonné quand TAU a été randomisé. Comme on voit d'habitude dans cette population, un certain nombre de jeunes ont résisté à la référence du projet comme ils n'ont pas vu leur utilisation de substances comme nuisible. Par conséquent, l'étude représente un groupe raisonnablement motivé. Un petit nombre dans l'essai ont réduit leur puissance et ont déséquilibré les caractéristiques démographiques de base des deux groupes. L'évaluateur n'était pas aveugle à la thérapie et en fait a fourni le traitement. Un évaluateur indépendant et aveugle serait une autre amélioration méthodologique importante pour toute étude future.

L'essai a fourni seulement 6 mois de suivi, ce qui est bref pour l'évaluation de l'efficacité d'un traitement dans ce domaine. À plus long terme dans le suivi renforcerait évidemment les résultats et il est possible que les interventions à plus long terme soient nécessaires pour maintenir le contrôle de l'abus de substance, comme cela a été constaté chez les sujets

	<p>souffrant de maladies mentales chroniques.</p> <p>Conclusion :</p> <p>Cette étude fournit l'évidence que les interventions intégrées des doubles diagnostics peuvent être utilisées efficacement avec une population jeune. Bien qu'à la fois le groupe SUS et les participants du groupe TAU ont montré des améliorations dans l'utilisation de substances, la consommation d'alcool et les symptômes psychiatriques. Le groupe SUS présentait une plus grande réduction des substances et de la consommation d'alcool et une amélioration plus cohérente dans les scores d'auto-efficacité. Cependant, les petits nombres examinés dans cette étude nécessitent inévitablement de traiter ces résultats avec prudence. Néanmoins, cette étude, ainsi que d'autres travaux récemment publiés, 19 suggère que cette population peut être assistée par de brèves simples interventions psychologiques.</p> <p>La réduction de la consommation de substances illicites a eu lieu dans le contexte d'une réduction de la consommation d'alcool, ce qui suggère qu'aucune substitution de l'alcool pour les drogues illicites n'a eu lieu dans le groupe de traitement. Pas de changement concernant le montant moyen du groupe TAU d'alcool consommé n'a été observé. En outre, cela s'est produit dans le contexte d'une augmentation non significative des niveaux des symptômes psychiatriques dans le groupe TAU et une diminution contrastée dans le groupe SUS. Si cela est dû au soutien supplémentaire donné au groupe de traitement SUS où il reflète la réduction de l'utilisation de substances dans le groupe SUS, on ne peut affirmer avec certitude que les deux groupes ne sont pas adaptés pour l'exposition au thérapeute. Cependant, les deux groupes étaient régulièrement observés par les deux gestionnaires de cas et le personnel médical par le pendant cette période.</p> <p>L'étude fournit l'évidence de l'utilité des brèves interventions décomposée CBT pour le traitement de l'abus de substances chez les jeunes atteints de psychose. D'autres travaux dans des essais plus larges basés dans plusieurs centres sont encore nécessaires pour confirmer les résultats obtenus dans cette étude pilote et d'explorer les variables méthodologiques importantes telles que le temps avec le thérapeute, l'aveuglement de l'évaluateur, la spécificité de l'effet pour la substance d'abus, et les effets du diagnostic. Par la suite, ce manuel a été une phase d'essai avec une variété de cliniciens de différents milieux professionnels selon l'outil de psychoéducation du simple CD-ROM. L'étude met l'accent sur la nécessité de développer des traitements réellement intégrés pour l'utilisation de substances comorbides et les troubles psychotiques, mais souligne également certaines difficultés en adoptant ce modèle de prestation de services.</p>
Perspectives futures	

Grille d'analyse					
Kemp, R., Harris, A., Vurel, H., & Sitharthan, T. (2007). Stop using Stuff: trial of drug and alcohol intervention for young people with comorbid. Vol 15, No 6. The Royal Australian and New Zealand College of psychiatrists.					
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et article lui-même) méthodologiques et scientifiques
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Oui. Le titre nous permet de saisir le problème de recherche qui est l'essai d'une intervention aux jeunes souffrant de maladie mentale en comorbidité avec des problèmes de drogues et d'alcool.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Le résumé est divisé en plusieurs parties. Celui-ci contient l'objectif, la méthode, les résultats qui démontrent que les deux groupes se sont améliorés à travers l'essai et la conclusion qui dit que les interventions en toxicomanie chez les jeunes atteints de psychose peuvent aider à établir une consommation de substances modérée.
Introduction Énoncé du	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Oui. Le problème de recherche est décrit tel quel : étant donné les taux d'abus de substances

problème					dans la tranche d'âge de 18-24 ans et ses implications associées à des rechutes et de mauvais résultats de traitement, la nécessité d'une intervention appropriée à cette population est apparente.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?			X	La recension des écrits ne comporte pas le nom des auteurs. Elle décrit juste qu'il y a des travaux récents qui ont mis l'accent sur la nécessité d'intégrer les drogues et l'alcool ainsi que les soins de santé mentale dans les programmes communautaires.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X	X		Aucun cadre théorique n'apparaît dans cet article. Cependant des concepts sont cités tels que la thérapie cognitivo-comportementale, la première psychose et la toxicomanie.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?		X		Aucune hypothèse n'est notée dans l'article.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?			X	-
Méthodes	-Le devis de recherche est-il décrit ?			X	Non. Le devis de recherche n'est pas décrit dans l'article. Cependant, nous avons pu

recherche					constater qu'il s'agit d'une étude quantitative (selon la méthode et les résultats).
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?				Oui. Il s'agit d'un de jeunes ayant un double diagnostic de psychose et d'un trouble lié à la consommation de substances. Ceux-ci se présentent à la prévention et à l'intervention d'un service de rétablissement. Une communauté à base d'enfants et de jeunes orientés dans un service de santé mentale à l'Ouest de Sydney.
				X	
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?		X		Il est noté dans l'article que la petite taille de l'essai était une limite de l'étude.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?		X		Les mesures utilisées dans l'étude étaient l'échelle des symptômes positifs et négatifs (PANSS), 12 test de dépistage d'abus de drogues (DAST - 10), 13 le test d'identification (AUDIT) de l'abus d'alcool. 14 l'échelle (DASS) de la dépression et de l'anxiété, 15 l'échelle (SES) de l'auto-efficacité, 16 et l'Organisation mondiale de la Santé de l'échelle de la qualité de vie

					(version brève).17 la quantité et la fréquence d'utilisation de la substance ont également été enregistrées. Les mesures qui ont été évaluées par les cliniciens ont toutes été effectuées par le clinicien fournissant le traitement et ne sont donc pas aveugles.
				X	-
Déroulement de l'étude	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ? -La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?			X	Oui, les mesures éthiques ont été respectées.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Oui. Les mesures répétées ANOVA et les deux voies ANOVA ont également été utilisées pour observer entre les différences de groupes comme résultat d'intervention.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont présentés de manière claire. Il y a également un tableau qui expose les résultats.
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Argumentation à l'aide de connaissances (cours et lui-même) article

					méthodologiques scientifiques	et
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?		X		Les concepts ainsi qu'un cadre théorique ne sont pas mis en lien avec les résultats. Les résultats confirment le fait que des interventions dans le cas de doubles diagnostics peuvent être effectuées avec des jeunes.	
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?				-	
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Oui. Un certain nombre de limites sont décrites dans l'article.	
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Des recherches futures vont être menées dans le but de confirmer les résultats de cette étude.	
Questions générales Présentation Évaluation globale	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Cet article est bien structuré et les résultats sont intéressants.	
	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?				L'article ne démontre pas la question de la pratique infirmière. D'autres études sont nécessaires pour prouver les objectifs de celle-ci. Cependant il est dit que cette étude fournit la preuve de l'utilité d'intervention pour le traitement	X

					de l'abus de substances. Ces interventions peuvent être utilisées de manière efficace avec une population jeune.
--	--	--	--	--	--

Grille de lecture	
Aspects du rapport	
Références complètes	Jessica M. Wilson BSN, Sadie P. Hutson PhD, RN, WHNP, BC & Ezra C. Holston PhD, RN (2013) Participant Satisfaction with Wellness Recovery Action Plan (WRAP), Issues in Mental Health Nursing, 34:12, 846-854, DOI: 10.3109/01612840.2013.831505
Introduction Énoncé du problème	<p>Les programmes de consultations externes avec les patients sont souvent promus comme véhicules pour le rétablissement en santé mentale. Pourtant, peu de programmes incluent les perspectives des patients au sujet de leur satisfaction à l'égard de ces programmes. Cette étude descriptive, transversale a investigué sur la satisfaction des patients avec le Plan d'Action du Rétablissement et du Bien-être (WRAP). Les participants ont complété l'instrument du programme d'amélioration des statistiques sur la santé mentale (n = 26) et des entretiens (interviews) qualitatifs (n = 18). Les données ont été analysées en utilisant les statistiques multi variées (a= .05) et l'analyse du contenu. Trois variables composées expliquent qu'il y a 48 % de la variance (p = .00) dans la satisfaction des patients. Quatre thèmes ont émergé : le désir rétrospectif pour la première introduction du WRAP, payez-le avant, le soutien relationnel inconditionnel, et cela prend du temps. Les recherches futures sont justifiées de promouvoir l'utilisation de WRAP dans des contextes plus larges.</p> <p>Dû à l'absence évidente des points de vue des patients au sujet de leur satisfaction dans des instruments justifiés, cette enquête est un moyen de clarifier les facteurs qui contribuent à la satisfaction des patients, pour les patients externes dans un établissement de santé mentale à l'aide du WRAP.</p>
Recension des écrits	<p>Bien que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a souligné la nécessité de mesurer la satisfaction des clients dans le cadre de l'évaluation des services de santé (Vuori, 1991), il y a un déficit de la recherche en ce qui concerne la satisfaction spécifique aux aspects des soins et du WRAP (Perrault et al., 2010).</p> <p>De plus, une revue de littérature complète a identifié seulement cinq études publiées sur les résultats du WRAP, dont aucune ne comprenait la satisfaction des participants (Cook et al., 2012). Les résultats suivants sont des études de WRAP: (1) ateliers WRAP contribuant à des avancées significatives dans l'attitude du rétablissement et de connaissances avec aucune différence entre les consommateurs et les professionnels (Doughty, Tse, Duncan, & McIntyre, 2008); (2) Il y avait un sens accru d'espoir et de rétablissement sans diminution des symptômes après avoir participé au WRAP (Starnino et al, 2010); (3) Il y avait une diminution des symptômes et une augmentation de l'espoir avec aucun changement significatif dans le rétablissement auto perçu.</p>

	<p>(Fukui et al, 2011); (4) Il y avait une amélioration significative de l'auto gestion, y compris les attitudes positives, les connaissances et les compétences de bien-être (Cook et al, 2010); (5) Il y a eu une diminution de dépression et d'anxiété, qui ont été maintenues au fil du temps : augmentation de rétablissement auto perçu ; et de meilleurs résultats avec de plus longues expositions au WRAP (Cook et al., 2012). Cook et al (2010) notent que la satisfaction avec le WRAP a été impliquée par les commentaires ouverts des participants qui ont quitté leurs questionnaires d'évaluation en ce qui concerne l'attitude, les connaissances et les compétences des résultats du WRAP dans deux états, mais ils ne permettent pas d'identifier les aspects spécifiques du WRAP qui contribue à la satisfaction des patients. Peut-être que la compréhension des types de la qualité des soins facilitera l'identification des facteurs orientés vers les patients qui conduisent à une évaluation efficace de la satisfaction des patients.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>-> Il y en a beaucoup d'autres dans l'article, nous en avons mis que quelques-unes.</p> <p>Il n'y a pas de cadres ou de concepts cités dans cet article.</p>
Hypothèses	<p>Question/hypothèse : pas écrite dans l'article. Quelle est la satisfaction des patients avec le Plan d'Action du Rétablissement et du Bien-être (WRAP) ?</p> <p>But : Cette étude descriptive, transversale a comme but d'investiguer sur la satisfaction des patients avec le Plan d'Action du Rétablissement et du Bien-être (WRAP).</p>
Méthodes	<p>Il s'agit d'un devis mixte (pas cité dans l'article, mais dans les résultats 2 catégories apparaissent : une qualitative et une quantitative)</p> <p><input type="checkbox"/> l'approche qualitative a donné un aperçu des points de vue spécifiques concernant la satisfaction et l'insatisfaction du programme.</p> <p><input type="checkbox"/> Il s'agit d'une étude descriptive transversale.</p>
Population et contexte	<p>Contexte :</p> <p>Une conception descriptive, transversale a été utilisée pour l'étude d'enquête afin d'identifier les facteurs liés à la satisfaction des patients avec le WRAP du point de vue des patients à un moment précis dans le temps. L'étude a également utilisé une approche qualitative pour donner un aperçu des points de vue spécifiques des patients concernant la satisfaction et l'insatisfaction avec les aspects du programme. Le cadre était un établissement de santé mentale dans l'Est du Tennessee qui</p>

	<p>utilise le WRAP et le soutien par les pairs facilitateurs qui ont rempli le WRAP. Il a également une grande visibilité dans la communauté.</p> <p>Population-échantillon</p> <p>L'étude a recruté des participants en utilisant un échantillon de convenance d'un établissement ambulatoire de santé mentale à Southeastern qui utilise le WRAP. Les participants étaient (1) impliqués dans le WRAP pendant au moins un mois (2) de plus de 18 ans, et (3) capable de parler et de lire l'anglais.</p> <p>L'échantillon (n = 26) avait un âge moyen de 42.23 ans \pm 14 ans; 50 % de l'échantillon étaient féminins (n = 13), 60% identifiés comme Caucasiens (n = 15), 32 % identifiés comme Afro-Américains (n = 8), et 8 % de l'échantillon identifié comme mixte (n = 2). Tous les participants étaient assurés, et 39% avaient participé au programme WRAP entre 1 et 5 mois (n = 10), 19% pour les 6-12 mois (n = 5), et 42% avaient participé pendant plus de 12 mois (n = 11). Dix-huit participants (69%) ont complété l'entrevue qualitative.</p> <p>Critères inclusions/exclusions</p> <p>Les individus étaient exclus de l'étude si (1) ils ont connu une expérience d'une crise de santé mentale au moment de la collecte de données (2) s'ils étaient incapables de répondre à des questions concernant la satisfaction des participants du WRAP, ou (3) un participant au WRAP pour moins d'un mois.</p> <p>Le protocole de cette étude a reçu l'approbation IRB. Le principal investigateur (JMW) a recruté des participants en collaboration avec les animateurs du WRAP. Après une annonce verbale à propos de l'étude, les animateurs du WRAP ont informé l'investigateur principal des personnes intéressées. Un dépliant d'étude, contenant les éléments du consentement éclairé, a été donné à toutes les personnes intéressées. Nous avons demandé une dispense du consentement éclairé par écrit, car aucune identification des patients n'a été recueillie.</p>
Collecte des	Méthode de collecte des données :

données et mesures	<p>Outils de mesure : En utilisant MHSIP, l'enquête descriptive, transversale est composée de quantitatif, de questions objectives et de récits ouverts, ou des questions qualitatives. L'autorisation a été accordée pour utiliser la version actuelle du MHSIP. "MHSIP a été utilisé pour mesurer la satisfaction des patients de service de maladies mentales sévères recevant la compréhension des services communautaires (Berghofer et al., 2010, p. 402). Fiabilité de l'MHSIP était élevée dans une étude portant sur la satisfaction des patients hospitalisés (Cronbach $\alpha = .96$), et alphas étaient à .88 et au-dessus (Howard, El-Mallakh, Rayens, & Clark, 2003). Tous les participants ($n = 26$) ont complété les 41 questions de l'instrument MHSIP en tant que groupe tandis que l'investigateur (JMW) a lu chaque question, ce qui permet à n'importe quelle question posée à répondre pour l'ensemble du groupe et de fournir la structure.</p> <p>Une échelle de Likert en cinq points a été utilisée avec une note de 1 (fortement d'accord) à 5 (fortement en désaccord). Pour chaque article il y avait aussi la possibilité de répondre «non applicable». L'instrument comprenait également six questions démographiques.</p> <p>Des questions ouvertes ont été développées par l'équipe de recherche et sont notamment les suivantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Quels aspects du WRAP sont plus avantageux pour vous? 2. Pensez-vous que toute partie de votre formation WRAP n'a pas été utile dans votre rétablissement? Si oui, quoi? 3. Est-ce que la façon dont l'information a été présentée pour vous vous permet de comprendre et d'apprendre? Si oui, pourquoi? Si non, pourquoi pas? 4. Avez-vous trouvé les informations que vous avez apprises dans WRAP utiles sur votre chemin de la guérison? Si oui, pourquoi? Si non, pourquoi ne pas? 5. Quelles suggestions avez-vous pour améliorer le WRAP? 6. Avez-vous des informations supplémentaires que vous voulez fournir concernant le WRAP? <p>Johannson et Eklund (2003) ont identifié que la raison des patients en santé mentale signale régulièrement que des niveaux élevés de satisfaction sont dus à des méthodes qui mesurent le manque de facteurs d'insatisfaction. Donc, avec les questions deux et cinq, et en demandant "si" ou "sinon" des questions sur les questions trois et quatre, les chercheurs ont présenté aux participants l'occasion de signaler toute insatisfaction. Les réponses ont été transcrites directement lors de l'entrevue: par</p>
--------------------	---

	conséquent, aucun enregistrement audio n'était nécessaire.
Déroulement de l'étude	<p>Les sessions de collecte de données ont commencé une semaine après le recrutement. Ces sessions ont eu lieu pendant trois jours consécutifs en Janvier 2013 en commençant par une brève introduction et l'examen de la déclaration d'intention par l'enquêteur. La distribution et la lecture du programme d'amélioration des statistiques de santé mentale quantitatives, l'instrument a suivi après l'administration de l'instrument quantitatif, les participants volontaires pour les entretiens qualitatifs (69%) ont rencontré individuellement l'investigateur dans une salle privée pour 15-45 minutes d'entrevue en tête-à-tête.</p>
Résultats Traitement des données	<p>Les données ont été analysées avec SPSS 20.0 (Windows). Le chercheur principal (JMW) a recueilli et saisi toutes les données. Les données se composaient de variables continues (âge des participants et la durée de participation au programme) et de variables catégoriques (questions de MHSIP) aussi bien que de variables composites généralement produites à partir de variables continues sélectionnées. Les chercheurs ont créé des variables composites pour identifier les éléments MHSIP liés à la perspective du patient au sujet de la satisfaction des patients afin de mesurer avec précision le résultat ciblé. Cet effort a facilité leur capacité à identifier et à décrire les facteurs spécifiques liés à la satisfaction des patients. Cela a également permis d'éviter l'effondrement de ces articles MHSIP dans d'autres articles MHSIP ou d'autres variables.</p> <p>Les chercheurs ont calculé des variables composites en calculant la moyenne des articles MHSIP sélectionnés : service composite est la moyenne de questions 1-18 (services offerts dans l'établissement WRAP); Résultat Composite est la moyenne des questions 19-31 (des résultats des patients ou des résultats d'être dans le centre du WRAP); Le composite de support est la signification des questions 32-35 (soutien de la communauté). Les éléments pour les variables composites de service et de résultats ont été corrélés pour déterminer quels éléments constitueraient des variables composites significatives sur la base des éléments significatifs associés avec des questions spécifiques à la satisfaction des patients.</p> <p>Des analyses descriptives ont été utilisées pour caractériser les données. L'analyse statistique a inclus Kendall Tau-b pour décrire l'association parmi les données et déterminer les variables composites. Le test de Kruskal-Wallis a été utilisé pour déterminer si les variables composites importantes diffèrent sur toute la longueur de la participation au programme. La régression linéaire a été utilisée pour déterminer quels facteurs pourraient expliquer tout écart dans la variable composite des résultats puisqu'il représente la satisfaction du patient dans l'établissement du WRAP. Le niveau de signification était .05 avec un effet de taille modérée de .24, et le pouvoir post-hoc de .66 (G * Power) pour une analyse de régression linéaire 2. L'analyse du contenu qualitatif a été utilisée pour (1) identifier les thèmes individuels (2) reconnaître les relations ou modèles parmi les thèmes, et (3) comprendre comment les relations et les tendances thématiques contribuent au rétablissement des participants du WRAP (Corbin et Strauss, 2008).</p>

Présentation des résultats	<p>Résultats quantitatifs</p> <p>En utilisant l'analyse corrélationnelle, nous avons constaté que plusieurs variables (simples et composées) étaient significativement associées. Le composite résultat corrélationnel significatif avec les éléments qui comprenaient le composite de l'autonomie du patient ($r = .36 - .44$, $p = .01 - .05$). Le composite du résultat corrélationnel significatif avec 61 % des articles du Composite service ($r = .40 - .57$, $p = .00 - .0404$). La durée du composite participation du programme consiste en trois éléments de la corrélation significative entre la variable de la durée de participation au programme et le composite résultats et corrélation du composite service ($r = -.38 - -.46$, $p = .01 - .04$). Ces corrélations significatives ont indiqué que les variables composées étaient correctement alignées avec les éléments individuels liés à la satisfaction des patients. Ces corrélations significatives ont aussi contribué dans la détermination de quelles variables devaient être utilisées pour les analyses futures.</p> <p>Les variables pour les multi-analyses étaient le composite de l'autonomie des patients, le composite significatif des services, et le composite significatif de la durée de participation au programme, qui étaient tous significativement corrélationnels ($r = \text{de } .71 - .90$, $p = .00$). Avec le test Kruskal-Wallis, il n'y avait pas de différence significative dans l'une des variables composées selon la durée de participation au programme. Ce résultat suggère que les trois variables composées peuvent contribuer à la satisfaction des patients et doivent être incluses dans les analyses futures. Avec une régression linéaire utilisant la méthode avancée, les trois variables composées ont été utilisées pour expliquer le montant de la variance dans la satisfaction des patients. Le composite autonomie des patients, le composite significatif des services, et le composite de la durée significative de la participation au programme expliqué que 48% de la variance dans la satisfaction des participants ($F\text{-statistique (df = 3,22) = 6.69}$, $p = .00$).</p> <p>L'équation de régression est :</p> <p>La satisfaction des patients = $(.56 \pm .27) + ((1.4 \pm .69) * \text{Composite des services significatifs}) - ((.09 \pm .31) * \text{Le composite de la longueur significative de participation au programme}) - ((.55 \pm .64) * \text{le composite autonomie des patients})$</p> <p>Pour l'échantillon actuel, le score le plus bas pour la satisfaction des patients était de $1.32 \pm .01$ et le score le plus haut pour la satisfaction des patients était de $2.31 \pm .45$, avec un score de ≥ 1.86 indiquant une forte satisfaction des patients.</p>
----------------------------	--

	<p>TABLE 2 Qualitative Themes</p> <p>Retrospective Desire for Early WRAP Introduction</p> <p>“I wish I would have found it [WRAP] a long time ago” (2)</p> <p>“I feel like this should be in public school” (15)</p> <p>“I wish I could have learned earlier in life about WRAP and my wellness tools. Everyone should take up WRAP” (6)</p> <p>“Everyone should be interested in WRAP . . . it helps so much in everyday things to take care of ourselves” (12)</p> <p>“I suggest having WRAP in high school, because you’re not the only one feeling that way” (18)</p> <p>Pay it Forward</p> <p>“I want to spread the word. I pass out fliers when I barbecue. I’m proud to go to a place like this and I want to let people know there is help out there. I just want to be able to help someone” (6)</p> <p>“My goal is to work with DCS and let people understand that there are programs to help and not to fake it . . . I can’t get my kids back but I could help someone else” (13)</p> <p>“I want to help people. I live in a nursing home and help people in wheelchairs and talk with them. I get joy out of helping people” (12)</p> <p>Unconditional Relational Support</p> <p>“They are my second family” (2)</p> <p>“I’m not alone. We’re all together and all support each other” (12)</p> <p>“We hold each other accountable and give positive feedback to each other” (13)</p> <p>“I got so comfortable so I can talk to them [program counselor]. He can help me realize some things are blessings” (6)</p> <p>It Takes Time</p> <p>“It’s all right to mess up and come back” (13)</p> <p>“In the beginning I didn’t really care. I wanted to get in and get out” (6)</p> <p>“At first I didn’t want to show up because I thought it wasn’t going to help me, and then I realized that it did help me” (8)</p> <p>“When I first started I didn’t really understand it” (11)</p> <p>“At first I was lying to myself and them. I wasn’t trying. But now, to see it work. . .” (13)</p> <p>“Yes [WRAP] helped, but not at first. Further along I started to see how important it is. It takes awhile to get it all” (17)</p> <p>“I don’t have to be in a hurry to leave. I can leave when I’m ready” (3)</p>
	<p>Résultats qualitatifs</p>

Quatre thèmes majeurs contribuant à améliorer la santé mentale ont été inductivement tirés des données des entretiens (interviews): (1) désir rétrospectif d'une première introduction au WRAP; (2) l'image positive de soi (3) soutien relationnel inconditionnel; et (4) Cela prend du temps. La table 2 présente des citations sélectionnées qui sont représentatives de chacun des quatre thèmes caractérisant la satisfaction des patients pour améliorer la santé mentale.

Le thème, Désir Rétrospectif pour la première introduction au WRAP introduction, comprend l'exposition aux concepts enseignés dans WRAP à un jeune âge. Ce thème suggère que la santé mentale peut être améliorée par la reconnaissance proactive des ressources du bien-être personnel et l'incorporation d'entre eux dans leur vie quotidienne (les aspects du WRAP). Cette prise de conscience établit un certain niveau d'auto-stabilité qui contribuera à l'efficacité du traitement pour améliorer la santé mentale. Les participants actuels, qui sont au début du stade de l'âge moyen (âge moyen = 42.23 ± 14 ans), croyaient qu'ils auraient eu une meilleure occasion pour le rétablissement de la santé mentale si elles étaient au courant et utilisaient les aspects du WRAP au cours de leurs années d'adolescence ou de jeunes adultes.

Le thème : image positive de soi décrit le désir de partager son histoire afin de changer positivement la vie de quelqu'un d'autre en leur introduisant l'espoir du rétablissement et une meilleure qualité de vie. En ayant une image positive de soi, les personnes peuvent trouver des moyens constructifs d'utiliser leurs expériences. Pour les participants actuels, le thème l'image positive de soi, leur a donné un sentiment de valeur parce qu'ils pourraient redonner à la communauté par le biais de leurs expériences avec le WRAP.

Le soutien relationnel inconditionnel décrit la nécessité d'un soutien, que ce soit la famille, les amis ou les animateurs pairs et les participants au programme. Dans l'étude actuelle, ce thème reflète le niveau de confort qu'ont eu les participants à venir vers des individus dans leur vie pour les soutenir et les guider.

Le thème, Cela prend du temps, représente l'acceptation que rétablissement ne se fait pas du jour au lendemain, mais que c'est un processus intentionnel que l'on doit travailler tous les jours. Beaucoup de participants ont indiqué qu'ils n'étaient pas prêts à s'engager dans le rétablissement et le programme qu'ils ont essayé pour la première, mais avec le temps ils ont réalisé que le programme est bénéfique et s'y engageraient. 100% des participants (n = 18) ont indiqué que toutes les parties du WRAP ont été utiles pour le rétablissement.

Catégories des résultats

Désir rétrospectif pour la première introduction au WRAP

Avoir un désir d'une première introduction au WRAP était une suggestion de premier plan par les participants. Beaucoup ont rapporté une période de temps avant et même après leur diagnostic où ils ne comprenaient pas leurs sentiments, leurs déclencheurs, ou comment faire face aux situations qui surviennent dans leur vie. Les participants ont reflété en arrière sur où ils étaient et où ils sont maintenant dans leur vie et ont émis l'hypothèse sur la possibilité d'avoir la qualité de vie qu'ils éprouvent maintenant à un moment avant d'avoir été exposés au WRAP plus tôt.

Image positive de soi

Les participants ont surtout parlé indirectement à propos de leur aspiration à avoir une image positive de soi en mentionnant leur désir d'introduire aux autres la possibilité d'une meilleure qualité de vie. Beaucoup ont trouvé une signification d'avoir la possibilité de partager leur histoire du rétablissement et chacun a rapporté des moyens uniques pour le faire tourner autour de leurs différents points forts, des intérêts et des engagements, comme faire passer des dépliants (fliers) à un stand de barbeque participant et poursuivre un travail avec le département des services de l'enfant à raconter à d'autres mères, "Vous ne pouvez pas faire semblant de le faire."

Le soutien relationnel inconditionnel

Le soutien au long du processus de rétablissement était très important pour les participants. Le WRAP a souvent été décrit comme une « deuxième maison » et comme un lieu où personne n'était jugé et tout le monde était accepté. Les participants indiquent combien d'aide non seulement de leurs pairs, mais aussi leurs conseillers du programme. Le soutien relationnel capture ces relations par les pairs en plus des relations familiales de soutien; cependant, beaucoup n'ont pas identifié la relation avec la famille comme un solide système de soutien pour eux comme les relations familiales étaient parfois un déclencheur.

Cela prend du temps

Le temps est devenu un thème récurrent tout au long des entrevues avec les participants du WRAP. Beaucoup ont rapporté avoir participé au WRAP plusieurs fois ou réintégré le groupe après avoir pensé qu'ils étaient terminés. Les participants ont rapporté que vous " ne pouvez pas faire semblant de le faire", mais devez vouloir vraiment travailler vers le rétablissement.

La responsabilité personnelle est un concept clé du WRAP dans ce que vous avez à faire pour être bien; cependant, les

	<p>participants reconnaissent que la compréhension et la confiance dans le programme ne se produisent pas rapidement; plutôt, elles évoluent comme un démarrage à croire dans le programme, ce qui peut prendre un certain temps. Un essai contrôlé randomisé a révélé qu'une plus l'exposition des participants au WRAP est grande, plus ils ont rapporté une diminution des symptômes de la dépression et de l'anxiété et un rétablissement accru de l'auto-évaluation. Ce thème soutient davantage " la disponibilité continue du WRAP pour veiller à ce que les participants obtiennent une exposition adéquate pour affecter leur rétablissement» (Cook et al., 2012, p. 545) .</p> <p>À cause de leur potentiel, l'impact s'adressant en santé mentale tout en promouvant l'autonomie, la conscience de soi et la confiance en soi chez les personnes ayant des problèmes de santé mentale, des recherches supplémentaires sont justifiées pour explorer et justifier l'ampleur de ces thèmes. Les cliniciens et les animateurs pairs peuvent intégrer ces thèmes dans leur programme de rétablissement puisqu'ils ont été identifiés comme des facteurs qui contribuent à la satisfaction des patients avec des programmes de rétablissement. En général, utiliser ces thèmes qui font partie de WRAP serait un moyen de plaider pour l'autonomie des patients atteints d'une maladie mentale et pour l'utilisation de programmes locaux disponibles de récupération. Des ateliers du WRAP ont montré que les professionnels et les consommateurs de soins de santé mentale partagent des attitudes similaires et des connaissances sur le rétablissement, bien que les professionnels avaient probablement une exposition antérieure aux modèles de programmes de rétablissement avant l'atelier. Donc, la formation des professionnels en santé mentale bénéficierait en incluant l'éducation liée à la perspective de patients de la satisfaction dans les programmes de santé mentale comme le WRAP (Doughty 2008 et al.).</p>
<p>Discussion</p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Le rétablissement de la maladie mentale et la capacité de vivre la qualité de vie que l'on désire peuvent devenir une réalité avec des programmes tels que le WRAP; cependant, la récupération est un processus continu. C'est la première étude qui investigate les résultats de satisfaction des patients avec le WRAP utilisant les facteurs dérivés des participants par opposition aux facteurs professionnels identifiés. Leurs recherches quantitatives ont démontré que la satisfaction des patients était fortement liée à l'autonomie du patient, les services, et la durée de participation au programme. De plus, les résultats qualitatifs ont fourni une profondeur de perspective sur chacun de ces domaines. La satisfaction avec le programme de rétablissement est multifactorielle; par conséquent, les trois composites qualitatifs et quatre thèmes qualitatifs ne sont pas tout compris, mais fournissent une meilleure compréhension des aspects qui contribuent à la satisfaction des participants et du rétablissement.</p> <p>Nous sommes capables de combler les lacunes dans la littérature en utilisant à la fois des facteurs quantitatifs et qualitatifs. Cette étude descriptive a identifié des mesures quantifiables avec le contexte qualitatif sur la satisfaction du patient tel que perçu par le patient, contrairement aux mesures précédentes de la satisfaction des patients pour le programme de rétablissement en santé mentale. Le MHSIP est un instrument axé sur le patient, parce qu'il contient des éléments spécifiques à la satisfaction qui aligne avec le WRAP. Le MHSIP ne comprend pas tous les éléments concernant la satisfaction avec des psychiatres ou des thérapeutes. Avec l'ajout des questions qualitatives, les patients peuvent présenter leurs points de vue sur le programme de</p>

	<p>rétablissement et de qualifier leurs réponses MHSIP. L'entrevue qualitative présentée au patient la possibilité de raconter leur propre histoire avec des invités qui étaient neutres au sujet de la satisfaction et de l'insatisfaction.</p> <p>Les thèmes qualitatifs soutiennent davantage les résultats quantitatifs et fournissent une perception approfondie non seulement les niveaux de satisfaction des patients, mais aussi ce qui provoque et ce qui crée une haute ou basse satisfaction, les facteurs que Johansson et Eklund (2003) ont identifiés comme ayant une importance accrue. Le thème qualitatif concernant le temps que peut expliquer pourquoi la durée de la participation au programme est significatif dans la compréhension de la satisfaction des patients. Soutenir cette recherche qualitative que le processus de rétablissement prend du temps, Johansson et Eklund (2003) ont également constaté que «donner assez de temps » était significatif pour la satisfaction des patients psychiatriques dans leur étude qualitative (p. 342). De plus, Tehrani, Ewald et Munk - Jorgensen (1996) ont reconnu qu'un facteur majeur contribuant à l'insatisfaction des patients était le manque de temps avec les soignants. De même, l'image positive de soi et un soutien inconditionnel autorise l'individu, ce qui contribue à l'autonomie du patient. Plus tôt se fait l'introduction au WRAP conduit à la satisfaction des patients en raison des services importants offerts. De même, l'autonomie, le soutien et les services ont été dits indicateurs de satisfaction des patients, en accord avec leurs conclusions (Lucock et al, 2011; Pellegri et al., 2001).</p> <p>Leurs conclusions sont justifiées par la littérature actuelle. Les quatre thèmes identifiés viennent du contenu de l'analyse qualitative du point de vue des participants sur le WRAP. Perreault et al. (2010) ont souligné l'importance des parties qualitatives pour analyser plus en détail les facteurs qui contribuent à la satisfaction des patients. Perreault et al. (2006) expliquent que les citations mot pour mot des participants s'avèrent avoir une influence lors de la présentation des résultats aux décideurs, aux fournisseurs de services et aux utilisateurs des services; ceci souligne l'importance d'inclure des approches qualitatives dans tous les instruments de la satisfaction des patients. De plus, Schröder et al. (2011) ont souligné plus loin l'importance de voir la satisfaction des patients à partir des points de vue des patients par rapport aux professionnels.</p> <p>Bien que les infirmières ne soient généralement pas activement impliquées dans l'auto- gestion des programmes de rétablissement ambulatoire du WRAP, il est important d'être impliqué sur les résultats positifs des programmes afin de promouvoir le rétablissement et la défense des patients. Le patient identifiait les aspects contribuant à la satisfaction avec ce programme de rétablissement pouvant être incorporé dans les structures hospitalières où les infirmières et les fournisseurs de soins de santé font partie des soins des patients.</p> <p>Limites : Cette étude a été limitée par son confinement à une clinique dans une région géographique spécifique des États-Unis. La petite taille de l'échantillon et la puissance faible à modérée pour l'analyse sont également des limites de l'étude. De plus, l'utilisation des moyens dans les variables composites par rapport à la somme de base est une limite potentielle tel qu'il ne peut pas fournir une représentation exacte de la distribution de données. Cette étude est en outre délimitée par l'absence de données d'entrevue audio enregistrées et transcrites. De plus, les entrevues moins structurées auraient permis la poursuite du développement des thèmes qualitatifs identifiés dans cette étude. Les recherches futures ont justifié d'utiliser un plus grand</p>
--	--

	<p>échantillon sur une période de temps plus longue pour enquêter sur l'efficacité à long terme des programmes de traitement de la santé mentale en consultation externe.</p> <p>Conclusion : L'étude a identifié ce que reconnaissent les forces et les intérêts individuels des patients tout au long des programmes de rétablissement leur permettant d'explorer des façons de partager leur histoire du rétablissement, leur fournissant un sens et un but. Une des façons dont les participants peuvent vouloir partager leur histoire est en devenant un facilitateur du WRAP. Les facilitateurs pairs dans le WRAP ont traversé le programme du WRAP comme un étudiant lui-même pour faire face à leur propre maladie mentale ou à la toxicomanie; Donc, la compréhension, le respect, et le rapport entre le facilitateur et les participants du WRAP développent et contribuent à des facilités devenant de fortes confidences pour les participants." Les diplômés du WRAP qui utilisent activement leur propre plan du WRAP et qui choisissent de participer à une formation intensive de 5 jours... peuvent obtenir un certificat en rétablissement de santé mentale » (Cook et al., 2010, p. 115). Une étude a révélé que devenir un facilitateur du WRAP peut améliorer le bien-être des facilitateurs, ce qui contribue ensuite au voyage du rétablissement des facilitateurs (Pratt, MacGregor, Reid, et tenu, 2012). Avoir des facilitateurs pairs qui ont connu les symptômes, les luttes, les dépendances et les rechutes de la maladie mentale et qui sont devenus exemplaires de vie du rétablissement instille l'espoir pour les autres et est un aspect unique du WRAP. Nous avons renforcé l'importance d'évaluer la satisfaction des patients du point de vue des patients; de même, il est bénéfique pour les participants WRAP d'être enseigné et pris en charge par les participants précédents. Quel que soit le moyen utilisé, les participants sont inspirés à lutter pour le rétablissement encore et encore en racontant leur histoire et en donnant la possibilité de changer éventuellement la vie de quelqu'un comme la leur a été changée.</p>
Perspectives futures	<p>Nos découvertes (résultats) suggèrent que l'utilisation du WRAP peut contribuer à accroître la prise de conscience de soi pour aider à faire face aux problèmes sociaux/sociétaux. Comme un programme axé sur le patient qui englobe les quatre thèmes identifiés, le WRAP peut aider les personnes à reconnaître la détente, les déclencheurs de détresse mentale et l'identification des mécanismes d'adaptation, de coping. Il est dit que, « Bien que le [WRAP] a été développé par et pour les personnes qui sont aux prises avec des symptômes émotionnels troublants, nos résultats suggèrent que l'utilisation de WRAP peut contribuer à accroître la conscience de soi pour aider à faire face aux problèmes sociaux / sociétaux. Comme un programme axé sur le patient qui englobe les quatre thèmes identifiés, WRAP peut aider les personnes à reconnaître les déclencheurs de détresse mentale et l'identification des mécanismes d'adaptation sains. Il est dit que, « Bien que [WRAP] a été développé par et pour les personnes qui sont aux prises avec des symptômes émotionnels troublants, le WRAP peut être utilisé par toute personne pour faire face à toute sorte de maladies ou question physique ou émotionnelle (Copeland, 2001, p. 127). Donc, le WRAP peut potentiellement être bénéfique pour tous ceux qui connaissent, ont vécu et fait face à des crises, qu'elles soient maturationnelles ou situationnelles (c'est-à-dire, le divorce, décès d'êtres chers, les relations sociales, la pression des pairs, etc.). Par exemple, les adolescents se sentent souvent seuls dans leur situation de vie. En utilisant les aspects du WRAP, ils pourraient réaliser le soutien à leur disposition, et ensuite, parce qu'ils ne sont pas seuls, ils pourraient continuer à développer des stratégies</p>

	<p>d'adaptation, de coping pour renforcer leur confiance en soi et leur estime de soi. De plus, l'application WRAP peut contribuer de manière significative à la diminution de la stigmatisation de la maladie mentale. Plus Mariam Aziz se prononçait au sujet de son trouble bipolaire, plus elle a réalisé combien de personnes avaient affaire à quelque chose de similaire. «Les troubles mentaux sont différents des autres handicaps parce qu'ils sont cachés à la vue. Vous ne pouvez pas dire en regardant quelqu'un qu'ils vit avec une maladie mentale »(Aziz, 2010, p. 34).</p>
--	---

Grille d'analyse					
Jessica M. Wilson BSN, Sadie P. Hutson PhD, RN, WHNP, BC & Ezra C. Holston PhD, RN (2013) Participant Satisfaction with Wellness Recovery Action Plan (WRAP), Issues in Mental Health Nursing, 34:12, 846-854, DOI: 10.3109/01612840.2013.831505					
Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Éléments de l'article
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Oui. Le titre indique que l'article va traiter de la satisfaction des participants avec le plan d'action de rétablissement et de bien-être. Cependant, il n'apporte pas plus de précisions sur le type d'étude.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Le résumé de cet article contient le sujet, le but de la recherche, le cadre théorique, l'outil de mesure et les résultats. Cependant, des sous-points tels que : l'introduction, les objectifs de l'étude, la méthode, les résultats et la conclusion ne sont pas décrits.
Introduction Énoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Il est noté que cette enquête est un moyen de clarifier les facteurs qui contribuent à la satisfaction des patients, pour les patients externes dans un établissement de santé mentale à l'aide du WRAP.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			Les auteurs de cette étude ont présenté des écrits déjà existants sur ce sujet, se portant sur le WRAP.
Cadre théorique ou conceptuel	-les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Aucun concept n'apparaît dans cet article.

Question de R / Buts	-Question		X		Il n'y a pas dans ce texte une question déjà formulée. Cette question pourrait être : quelle est la satisfaction des patients avec le Plan d'Action du Rétablissement et du Bien-être (WRAP) ?
	-Buts de l'étude	X			Le but de l'étude est bien défini. Celui-ci a comme intention d'investiguer sur la satisfaction des patients avec le WRAP.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?			X	Selon les résultats il s'agit d'un devis mixte, car ceux-ci se présentent en deux catégories : résultats qualitatifs et quantitatifs. Par contre, ce n'est pas formulé dans l'article qu'il s'agit d'un devis mixte. Il est dit Une conception descriptive, transversale a été utilisée pour l'étude d'enquête afin d'identifier les facteurs liés à la satisfaction des patients avec le WRAP du point de vue des patients à un moment précis dans le temps. L'étude a également utilisé une approche qualitative pour donner un aperçu des points de vue spécifiques des patients concernant la satisfaction et l'insatisfaction avec les aspects du programme. De plus, il est noté que les participants ont complété le programme d'instrument de statistiques améliorant la santé mentale et également des entretiens qualitatifs dans le résumé, ce qui montre le côté quantitatif de l'article.
	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Oui. L'étude a recruté des participants en utilisant un échantillon de convenance d'un établissement ambulatorio de santé mentale à Southeastern qui utilise le WRAP. Les participants étaient (1) impliqués dans le WRAP pendant au moins un mois (2) de plus de 18 ans, et (3) capable de parler et de lire l'anglais.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport				Les recherches futures ont justifié d'utiliser un plus grand échantillon sur une période de temps plus longue pour enquêter sur l'efficacité à long

	au contexte de la recherche ?			X	terme des programmes de traitement de la santé mentale en consultation externe.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			L'instrument était le MHSIP.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				<p>La procédure de recherche est décrite.</p> <p>Les sessions de collecte de données ont commencé une semaine après le recrutement. Ces sessions ont eu lieu pendant trois jours consécutifs en Janvier 2013 en commençant par une brève introduction et l'examen de la déclaration d'intention par l'enquêteur. La distribution et la lecture du programme d'amélioration des statistiques de santé mentale quantitatives, l'instrument a suivi après l'administration de l'instrument quantitatif, les participants volontaires pour les entretiens qualitatifs (69%) ont rencontré individuellement l'investigateur dans une salle privée pour environ 15 à 45 minutes d'entrevue en tête-à-tête.</p> <p>Les droits des participants ont été respectés. Cependant l'aspect sur la confidentialité n'apparaît pas dans cette recherche.</p> <p>Le protocole de cette étude a reçu l'approbation IRB. Le principal investigateur (JMW) a recruté des participants en collaboration avec les animateurs du WRAP. Après une annonce verbale à propos de l'étude, les animateurs du WRAP ont informé l'investigateur principal de personnes intéressées. Un dépliant d'étude, contenant les éléments du consentement éclairé, a été donné à toutes les personnes intéressées. Une dispense du consentement éclairé a été demandée par écrit, car aucune identification des patients n'a été recueillie.</p>

Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour décrire en détail les facteurs d'influence (obstacles)	X			Les données ont été analysées avec SPSS 20.0 (Windows).	
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats qualitatifs et quantitatifs sont décrits de manière claire. Il y a également un tableau qui présente les thèmes qualitatifs.	
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?			X	-	
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?			X	-	
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de				Oui. Les études sont clairement décrites dans l'article. Cette étude a été limitée par son confinement à une clinique dans une	

	l'étude ?	X			<p>région géographique spécifique des États-Unis. La petite taille de l'échantillon et la puissance faible à modérée pour l'analyse sont également des limites de l'étude. De plus, l'utilisation des moyens dans les variables composites par rapport à la somme de base est une limite potentielle tel qu'il ne peut pas fournir une représentation exacte de la distribution de données. Cette étude est en outre délimitée par l'absence de données d'entrevue audio enregistrées et transcrites. De plus, les entrevues moins structurées auraient permis la poursuite du développement des thèmes qualitatifs identifiés dans cette étude. Les recherches futures ont justifié d'utiliser un plus grand échantillon sur une période de temps plus longue pour enquêter sur l'efficacité à long terme des programmes de traitement de la santé mentale en consultation externe.</p> <p>L'utilisation du WRAP peut contribuer à accroître la prise de conscience de soi pour aider à faire face aux problèmes sociaux/sociétaux.</p> <p>Le WRAP peut potentiellement être bénéfique pour tous ceux qui connaissent, ont vécu et fait face à des crises, qu'elles soient maturationnelles ou situationnelles (c'est-à-dire, le divorce, décès d'êtres chers, les relations sociales, la pression des pairs, etc.).</p> <p>Oui, les différentes parties sont séparées de manière claire, ce qui nous permet de retrouver facilement les informations.</p>
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?			X	
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			
Évaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la	X			<p>Bien que les infirmières ne soient généralement pas activement impliquées dans l'auto-gestion des programmes de rétablissement ambulatoire du WRAP, il est important d'être impliqué sur les résultats positifs des programmes afin de promouvoir le rétablissement et la</p>

	discipline infirmière ?					défense des patients.	
--	-------------------------	--	--	--	--	-----------------------	--

Grille de lecture	
Aspects du rapport	
Références complètes	B. Laudet, A., Stanick, V., Sands, B. (2009). What could the program have done differently ? A qualitative examination of reasons for leaving outpatient treatment. <i>Journal of Substance Abuse Treatment</i> , 37(2), 182-190
Résumé	<p>L'usure par rapport aux traitements des troubles de toxicomanie est un défi persistant qui limite sévèrement l'efficacité des services. Bien qu'un grand nombre de recherches aient cherché à identifier les facteurs prédictifs de la rémission, le point de vue des clients des services est rarement examiné. Cette étude qualitative exploratoire présente les raisons des clients à quitter le traitement ambulatoire (N = 135, 54 % de l'échantillon de 250) et leurs points de vue de ce qui aurait pu être fait différemment pour les maintenir engagés dans les services. Le premier obstacle comprend l'insatisfaction à l'égard du programme, en particulier des conseillers, les besoins non satisfaits des services sociaux, et le manque de flexibilité dans la programmation; les obstacles au niveau individuel à la rémission étaient le manque de reconnaissance de leurs problèmes et l'utilisation de substances. Les limites de l'étude sont notées et les implications des résultats pour la recherche et la pratique sont discutées, en insistant sur la nécessité de comprendre les besoins et les attentes des clients pour maximiser la rémission et la probabilité de résultats positifs.</p>
Introduction	
Énoncé du problème	<p>La dépendance est, pour beaucoup, une maladie chronique (McLellan, Lewis, O'Brien, et Kleber, 2000) qui a persisté et a augmenté en gravité depuis de nombreuses années, parfois des décennies avant qu'une aide soit demandée (Dennis, Scott, Funk, et Foss, 2005). Acquérir les compétences et les ressources nécessaires pour initier et maintenir les changements cognitifs et comportementaux nécessaires pour contrer la dépendance prend du temps. Les objectifs du traitement comprennent le renforcement des ressources personnelles (par exemple, la confiance en soi, coping), consiste à aider les clients à acquérir des «récompenses alternatives» (par exemple, liée à la santé et au bien-être économique) et dans l'ensemble, améliorer la satisfaction de vie (Laudet, Becker, & White, 2009), en les reliant à des activités de protection (e.g., 12-step fellowships), et finalement le renforcement des relations de soutien avec la famille et les amis (Moos & Moos, 2007). Il a été avancé que l'une des principales fonctions du traitement de la toxicomanie est de garder les patients engagés dans le traitement afin qu'ils puissent développer des capacités d'adaptation et des relations (Simpson, Joe, Broome, Hiller, & Knight, 1997). La durée de la participation aux traitements est associée à la stabilisation et / ou l'amélioration des ressources de protection qui, à son tour, soutient les effets à long terme du traitement et a une influence sur la rémission de la substance jusqu'à 15 ans. L'effet du</p>

	<p>traitement sur les ressources de protection peut contribuer davantage à la rémission à long terme que ne le fait un traitement orienté vers la réduction ou l'élimination de la consommation de drogues (Moos et Moos, 2007, p.52).</p> <p>Une plus grande durée de traitement est associée à de meilleurs résultats de l'utilisation de substances (Conseil, 2004; Finney & Moss, 1998; Hawkins et al, 2007 ; Hubbard et al. 2003; McKay & Weiss, 2001; . McLellan et al, 1996; . Simpson et al, 1999; Zhang et al. 2003) et la rémission grâce au traitement est l'un des domaines clés des résultats recueillis pour les mesures de résultats nationaux de la SAMHSA (NOM - toxicomanie et de santé mentale Administration des Services, 2008). L'achèvement du traitement, tout ce qui est généralement associé à une rémission plus longue (Traitement SAMHSA Episode Ensemble de données 2004, 2006) est toujours lié à une amélioration des résultats à long terme en termes d'utilisation de substances, mais aussi en termes d'emploi et de participation criminel (Grella, Joshi, & Hser, 2000; Hubbard et al., 2003; Stark, 1992; Wallace & Weeks, 2004).</p> <p>Étant donné les défis des clients engagés dans le traitement, les stratégies visant à améliorer la rémission peuvent fournir des outils importants dans les services pour influencer les résultats de santé et les résultats psychosociaux (Homme brillant, Conner, Anglin et Longshore, 2009) et ceux-ci représentent ainsi des opportunités importantes pour améliorer l'efficacité du traitement de la toxicomanie (Hawkins et al, 2007 ; & Kelly Moss, 2003; Siqueland et al., 1998).</p>
Recension des écrits	<p>Un grand corps de recherche a cherché à identifier les facteurs prédictifs de la rémission. La plupart des études se concentrent sur les caractéristiques des clients en pré-admission (E. G., la démographie, domaines cliniques - Magura, Nwakeze, & Demsky 1998; Marsch et al., 2005; McKay & Weiss, 2001; . McLellan et al, 1994; Moss, Moss, et Finney, 2001; . Siqueland et al, 1998; de sorte lac Hawkins et al., 2007 pour examen). Le rôle des processus de traitement a donc été d'examiner l'alliance client-conseiller (Connors, Carroll, DiClemente, Longabaugh, et Donovan, 1997; Joe, Simpson, et Broome, 1999) et la satisfaction du traitement des clients (Carlson et Gabriel, 2001; Hser et al., 2004; Villafranca et al, 2006). Sans surprise dans le contexte des processus complexes de changement de comportement et l'engagement thérapeutique, "il n'y a pas de domaines uniques qui prédisent la rémission "(Bright et al., 2009, p. 63). Un certain nombre de systèmes fournisseurs de traitement à l'échelle nationale ont formé un réseau pour l'amélioration du traitement des toxicomanies (NIATx) (Réseau pour l'amélioration du traitement des toxicomanes (NIATx), 2005b) afin d'identifier les obstacles au niveau du système d'accès, l'engagement et la rémission dans les services de toxicomanie et de mettre en œuvre des stratégies pour surmonter ce défis. Cinq principes ont été identifiés pour guider leurs efforts. Le premier principe est «Comprendre et impliquer le client" (Réseau pour l'amélioration des traitements de la toxicomanie -NIATx, 2005a): «Prendre le temps de faire participer les clients, tenir compte de ses réactions et leur donner des conseils, et les préparer pour les changements prévus. Ce sont les meilleures manières dont les organismes de traitement de la toxicomanie utilisent afin de répondre aux besoins uniques des clients. "Le point de vue des utilisateurs de drogues reste largement ignoré dans services de recherche (Carlson, 2006; Tsogia, Copello et Orford, 2001).</p>

	Bien que les chercheurs ont a noté que "les perspectives des patients sur le traitement peuvent avoir un rôle dans les résultats du traitement et pourraient être explorées en tant que dimension du processus de traitement "(Lee et al., 2007, p. 313).
Cadre théorique ou conceptuel	-
Question de recherche	Quelles sont les raisons qui induisent les clients à quitter le traitement ambulatoire et leurs points de vue de ce qui aurait pu être fait différemment pour les maintenir engagées dans les services ?
Méthodes Tradition et devis de recherche Population et contexte	<p>Devis qualitatif exploratoire</p> <p>Les participants étaient 57,2% des hommes ayant un âge moyen de 39 ans (Rang 19 à 60, Std Dev = 9.0.); la plupart étaient de groupes ethniques minoritaires (62% afro-américain, 21,6% de race blanche et 16,4% d'ethnies mixtes); 36,1% ont déclaré être d'origine hispanique avec un niveau moyen de scolarité (10,5 ans); 73,7% ont déclaré que l'aide gouvernementale était leur principale source de revenus. La quasi-totalité (92,4%) a cité plusieurs problèmes liés aux substances avec une moyenne de 3.6 substances y compris le crack (44,4%), l'alcool (18,4%), l'héroïne (14,4%), de la marijuana (14%), la cocaïne autre que le crack (7,6%), et 1,2% «autre»; 79,2% avaient reçu l'aide d'un service de toxicomanie avant l'étude (moyenne de 5,8 épisodes précédents).</p> <p>Comme on le voit sur la figure 1, 40% des patients ont terminé le traitement; parmi les 60% qui sont partis avant la fin, 6% ont été transférés vers autre agence, 54% (N = 135) avaient abandonné. Au départ, les personnes qui ont terminé le programme et celles qui ne l'ont pas fait, ne se différencient pas dans le passé au score d'Addiction Severity Index (ASI). Par rapport aux personnes qui n'ont pas terminé, ceux qui l'ont fait étaient plus âgés (40,7 vs 37,4, p <.05), plus susceptibles d'être des femmes et Afro-Américaine (vs Caucasiens; Stanick, Laudet, & Sands, 2008).</p>

Collecte des données et mesures	<p>Les données de l'étude ont été recueillies avec les instruments semi-structurés administrés par ordinateur assisté d'interview à l'aide du logiciel QDS (Nova Research, Inc.). L'instrument a consisté en des échelles normalisées et des questions ouvertes conçues pour obtenir des informations sur les expériences et les croyances avec les propres mots des participants. Les enquêteurs ont été formés dans les deux méthodes de collecte de données quantitatives et qualitatives, y compris comment répondre quand la réponse initiale à une question ouverte est vague, et comment enregistrer les réponses des participants mots pour mots dans le logiciel QDS. Les questions utilisées pour recueillir des informations pour cette étude sont les suivantes:</p> <p>A. Raisons de l'abandon du traitement : « Quelle/es sont les raisons pour lesquelles vous avez laissé tomber le programme? »</p> <p>B. « Y at-il quoi que ce soit le programme aurait pu faire différemment pour que continuez à suivre le programme ? » (catégorie de réponse dichotomique: oui / non).</p> <p>C. Les participants qui ont répondu à la question précédente par l'affirmative ont été demandé: « Qu'est-ce qui aurait pu être fait différemment ? »</p>
Déroulement de l'étude	<p>L'étude a été menée dans le cadre d'une enquête de 12 étapes après un traitement ambulatoire. Les participants (N = 278) ont été recrutés dans deux états à financement public dans des programmes de traitement ambulatoire intensif à New York entre septembre 2003 et décembre 2004. Comme détaillé ailleurs (Laudet, Stanick, & Sands 2007), les programmes étaient similaires dans leur structure administrative, l'orientation thérapeutique, les services et les caractéristiques des clients (E. G., la dépendance de gravité, l'exposition avant le traitement et à des réunions en 12 étapes). Les deux programmes requièrent une participation quotidienne en semaine.</p>
Rigueur	<p>Les clients qui ont exprimé leur intérêt à participer ont rencontré l'enquêteur de la recherche qui leur a expliqué le caractère volontaire de l'étude et ce que la participation à l'étude entraînait; la procédure de consentement éclairé a été ensuite administrée et la ligne de base (BL) de l'entrevue a duré deux heures et demie en moyenne. Cette première entrevue a été menée dans les deux semaines d'admission et les clients ont été interrogés lorsque les services fermaient (DIS). Quelle que soit la raison (la fin du traitement, le transfert ou l'abandon); les participants ont reçu 30 \$ pour chacune des interviews. L'étude a été approuvée par le conseil d'examen institutionnel (IRB) de NDRI et des deux organismes participants et nous avons obtenu un</p>

	certificat de confidentialité de l'organisme de financement.
Résultats Traitement des données	-
Présentation des résultats	<p>Raisons de l'abandon du traitement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas apprécié certains aspects du programme (31,8%): «Je n'ai pas aimé les services", "Le programme avait pas de structure », « Je ne pense pas qu'il y a quoi que ce soit là pour moi! ", " Le conseiller n'avait aucun respect pour ses clients et il ne donnait pas de soutien à ses clients lorsqu'ils en avait besoin » - Programme interfère avec d'autres activités (18,8%): «J'étais sur le point d'être sans-abri et je devais trouver un logement», « Je ne pouvais pas faire des choses comme travailler parce que je me trouvais au programme la plupart des jours " - L'utilisation de substances (13,7%): « Je ne voulais pas faire face à mon conseiller » - Questions pratiques (12,1%): "Ma femme et moi n'avons pas de baby-sitter pour les deux garçons," et "Je n'ai pas de moyen de transport. » - Ne veut pas / besoin d'aide (12%): «Je suis fatigué d'aller au programme» et «Je ne suis pas prêt » - Les questions personnelles (11,9%): «Ma mère est malade» - Finances (8,6%)

	<p>- Programme non utile (8,5%): «Je voyais la même chose tous les jours, entendu des choses déjà vues »</p> <p>Qu'est-ce que le programme pourrait avoir fait différemment?</p> <p>Deux tiers des clients (67,2%) ont déclaré que rien ne pouvait être fait par le programme pour les garder engagés dans les services. Les réponses du tiers restant sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Besoin de services sociaux (54,2%): [ils auraient pu] "Accélérer mon processus professionnel", "M'aider à trouver une séance d'entraînement ou un emploi", "M'aider à sortir de l'abri et m'aider à trouver un appartement » ... - Plus de soutien (25,8%): "Ils auraient pu m'aider à faire les bonnes choses, m'encourager» et «Ils pourraient avoir confiance moi, avoir foi en moi " . - Flexibilité (20%): [ils auraient pu] "Adapter un calendrier de traitement pour satisfaire mes heures de travail »,« Avec une organisation pratique et accessible, j'aurais pu aller travailler et aller au programme " .
<p>Discussion</p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Alors, quels sont les programmes de traitement à faire? Des résultats récents suggèrent que de nombreux clients savent (explicitement ou non) très tôt si oui ou non ils sont prêts à se livrer à des services et à compléter leur traitement (Stanick et al., 2008). L'ouverture du dialogue avec les clients débutant une admission est essentielle pour identifier les raisons de la demande d'aide, les besoins et les attentes, les expériences et attitudes au sujet du traitement, de la probabilité perçue par rapport à la réalisation, et d'explorer et de traiter les obstacles possibles à la rémission. Ce processus doit être continu comme les besoins peuvent changer, et il doit être un dialogue (un partenariat) où les clients se sentent vraiment impliqués dans leur plan de traitement et où l'objectif commun de rétablir un fonctionnement sain permet aux clients de travailler sur 'obtenir une vie' (par exemple, le travail) alors qu'ils acquièrent la motivation et les compétences à renoncer à l'usage de substances.</p> <p>En termes de développement de services, l'approche la plus convaincante pour traiter une condition qui affecte tous les domaines de fonctionnement est de répondre à tous les besoins de services de manière coordonnée et intégrale, c'est à dire, de traiter la personne plutôt que les symptômes.</p>

Perspectives	<p>Les futures études menées dans les services, quel que soit la modalité ou le modèle de soins dominant, examineront les raisons des clients à quitter le traitement ainsi que les obstacles à la remise en service et les besoins non satisfaits des services. Par «la connaissance de nos clients» on peut raisonnablement espérer de développer et de fournir des services qui attirent et retiennent ceux qui en ont besoin.</p>
Questions générales Présentation Évaluation globale	<p>Présentation agréable à lire, article un peu long. Structure de l'article bien définie.</p> <p>Cet article est relativement complexe. Le langage utilisé n'est pas facile à traduire dans la langue française. Certains éléments nécessaires à son analyse ne sont explicitement donnés ou inexistant. Contenu intéressant, car article qualitatif. Résultats concrets et facilement transférables dans la pratique.</p>

Grille d'analyse					
B. Laudet, A., Stanick, V., Sands, B. (2009). What could the program have done differently ? A qualitative examination of reasons for leaving outpatient treatment. <i>Journal of Substance Abuse Treatment</i> , 37(2), 182-190					
Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre relate les deux principaux axes de recherche de l'étude
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?			X	Les cadres théoriques sont manquants, le traitement des données n'est pas explicitement donné et les résultats sont relatés sous une forme particulière.
Introduction Énoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Tous les éléments de la problématique se trouvent dans l'énoncé du problème de l'étude.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?			X	
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?			X	Elles ne sont pas clairement formulées, mais on les devine aisément.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?			X	Les cadres théoriques sont absents.

Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspondent-elles à la tradition de recherche ? -Le temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X			Le devis de recherche n'est pas clairement formulé, mais tout comme les questions de recherche il est il facilement identifiable, principalement par les
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ? -Les chercheurs ont-ils saturé les données ?	X			
Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?				
	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			

Résultats Traitement des données	-Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?		X			
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?		X			Ils sont donnés sous une forme de recension des paroles des patients. Peu d'éléments, peu détaillés dans le paragraphe résultats. Compléments dans la partie de la discussion.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?				X	
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?				X	
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?				X	
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?		X			

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?			X	Les résultats sont détaillés dans la discussion. Les cadres théoriques sont absents tout comme le traitement des données.
	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Elle offre des possibilités pour les unités de soins ambulatoires de trouver des pistes d'action afin de maintenir leurs patients dans un processus de soins

Aspects du rapport	Grille de lecture
Références complètes	H. Moos, R., S. Moos, B. (2006). Protective resources and long-term recovery from alcohol use disorders. <i>Drug and alcohol dependence</i> , 86, 46-54.
Résumé	<p><u>Objectifs</u></p> <p>Cette étude examine les ressources personnelles et sociales tirées de l'apprentissage social, du comportement économique et des théories de contrôle sociales comme indicateurs de résultats à moyen et long terme des troubles alcooliques.</p> <p><u>Mesures</u></p> <p>Les individus (N = 461) qui ont par eux même recherché de l'aide pour leurs problèmes liés à l'alcool ont été étudiés au départ puis 1, 3, 8 et 16 années plus tard. Au départ et à chaque suivi, les participants ont fourni des renseignements sur leurs ressources personnelles et sociales et sur leur fonctionnement psychosocial lié à l'alcool.</p> <p><u>Résultats</u></p> <p>En général, les ressources protectrices associées à l'apprentissage social (confiance en soi et approche du coping), le comportement économique (la santé et les ressources financières et les ressources associées aux Alcooliques Anonymes), la théorie de contrôle sociale (liens entre membres de famille, les amis et les collègues) prédisent de meilleurs résultats lors de rémissions. Les ressources protectrices ont renforcé l'influence positive du traitement sur la rémission à court terme et partiellement l'association entre traitement et rémission.</p> <p><u>Conclusion</u></p> <p>L'application de l'apprentissage social, d'un comportement économique et des théories de contrôle social peut aider à identifier les indicateurs de rémission et ainsi de trouver des traitements plus efficaces.</p>

<p>Introduction</p> <p>Énoncé du problème</p>	<p>Selon l'apprentissage social et la théorie de la prévention de la rechute, avoir confiance en soi pour gérer les situations à haut risque et le recours au coping contribuent à une rémission stable (Bandura, 1977 et Marlatt et Gordon, 1985). Concernant le comportement économique ou la théorie du choix comportemental, les points importants sont l'implication des individus dans des activités qui les protègent de l'exposition, les possibilités d'utiliser l'alcool et la présence de récompenses alternatives à celles pouvant être obtenues à partir d'alcool (Bickel et Vuchinich, 2000). La théorie du contrôle social postule que des liens solides avec les membres de la famille, les amis et collègues motivent les individus à adopter un comportement responsable et éviter les comportements problématiques tels que l'abus d'alcool (Hirschi, 1969).</p> <p>Nous nous concentrons ici sur la façon dont les ressources personnelles et sociales associées à ces trois théories prédisent des résultats auprès de personnes souffrant de troubles alcooliques à moyen et à long terme.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>Les résultats de la confiance en soi, approche du coping, et résultats des troubles alcooliques</p> <p>Nous nous concentrons sur deux ressources personnelles tirées de la théorie de l'apprentissage sociale qui ont été associées à la rémission à court terme: la confiance en soi et l'approche du coping. La confiance en soi liée à l'abstinence, ou la confiance d'un individu dans la capacité de rester abstinent lorsqu'il est confronté à des situations à haut risque, prédit généralement de meilleurs résultats des troubles alcooliques à court terme (Miller et Longabaugh, 2003, Rychtarik et al., 1992 et Witkiewitz et Marlatt 2004), alors que le manque de confiance en soi est lié à un risque élevé de rechute à court terme (Brown et al., 1995, Noone et al., 1999 et Salomon et Annis, 1990). De même, le recours à l'approche du coping (réponses cognitives et comportementales dirigées vers la résolution d'un stresser) prédit l'abstinence et moins de problèmes liés à l'alcool (Chung et al., 2001 et Moggi et al., 1999), alors que l'évitement du coping est associé à une plus grande consommation d'alcool et des problèmes d'alcool (Carpenter et Hasin, 1999 et Holahan et al., 2003). Les résultats montrent que ces deux ressources personnelles ont été associées à une meilleure rémission des troubles alcooliques à court terme.</p> <p>Les résultats de santé et de ressources financières, la participation au AA et troubles alcooliques</p> <p>Selon la théorie économique comportementale, une meilleure santé et des ressources financières peuvent remplacer le renforcement associé à la consommation d'alcool; en outre, la participation aux AA fournit des activités sociales attrayantes qui protègent les individus contre l'exposition à la consommation d'alcool. Les problèmes financiers favorisent la consommation excessive d'alcool (Khan et al., 2002, Peirce et al., 1994 et Peirce et al., 1996), alors que le statut</p>

d'employé et les ressources financières réduisent la probabilité d'une consommation excessive d'alcool (Dooley et Prause, 1997). Participer à des groupes d'entraide tels que les AA reflète une ressource importante qui contribue à de meilleurs résultats liés à l'alcool à court terme (Humphreys, 2004 et Morgenstern et al., 1997). Les AA fournissent à ses membres un soutien social, des activités sociales enrichissantes qui empêchent la consommation d'alcool et des modèles axés sur l'abstinence.

Les relations sociales et les résultats liés aux troubles alcooliques

La théorie du contrôle social prédit qu'un soutien, une structure sociale favorable, qui reflète la cohésion et le suivi pourrait être liée à une diminution d'abus d'alcool. Le soutien actif et la supervision des relations de famille sont associés à la modération à court terme de consommation abusive d'alcool et de rémission (Beattie et Longabaugh, 1997 et Fichter et al., 1997). Les réseaux sociaux dans lesquels des amis expriment plus de soutien et de confiance quant à la capacité d'un individu à résoudre ses troubles alcooliques sont aussi associés à une plus forte probabilité de rémission à court terme (Beattie et Longabaugh, 1999 et Havassy et al., 1991). En revanche, les facteurs de stress liés à la famille, tels que les conflits, la critique et la mauvaise communication conjugale, sont associés à plus court terme à la consommation de drogues (Fals-Stewart et al., 2001 et O'Farrell et al., 1998).

En ce qui concerne le travail, le manque de ressources sociales, en particulier le superviseur et le soutien des collaborateurs, et certains facteurs de stress comme le manque de discrétion ou de contrôle d'emploi et les exigences de travail élevées, sont associés à l'abus d'alcool (Crum et al., 1995 et Hemmingsson et Lundberg, 1998). À l'inverse, les ressources liées au travail ont été liées à de meilleurs résultats liés à l'alcool (Bromet et Moos, 1977 et Gordon et Zull, 1991); cependant, plus d'informations sont nécessaires pour savoir si un climat de travail positif prévoit une rémission à plus long terme.

Ressources de protection, traitement et rémission

Un certain nombre de chercheurs ont mis l'accent sur les prédicteurs de rechute après un traitement (Aleml et al., 1995 et Walton et al., 2000) et certains ont examiné l'influence combinée des ensembles de facteurs de risque sur la rechute (Yates et al., 1993).

Les ressources de protection peuvent renforcer l'influence bénéfique du traitement sur les résultats à long terme; dans cette optique, les personnes ayant plus de ressources peuvent faire mieux avec un traitement plus long ou plus intense parce qu'ils vivent dans un contexte social qui renforce le changement induit par le traitement. Le traitement peut être

	<p>moins bénéfique pour les personnes qui ont moins de ressources parce que le contexte social plus large fait peu pour aider à maintenir le changement à court terme. Sinon, il peut y avoir une relation compensatoire: un bref traitement peut être suffisant pour les personnes ayant plus de ressources personnelles et sociales, alors que les personnes qui ont moins de ressources peuvent bénéficier d'un traitement prolongé (Moos, 1990).</p> <p>Dans les rapports précédents de l'ensemble du projet à partir duquel l'échantillon courant est établi, nous avons identifié des associations entre les indices de contexte psychosocial, la vie et les résultats liés à l'alcool (Humphreys et al., 1997, Moos et Moos, 2003b et Moos et Moos 2005) et cela a montré que le traitement a conduit à une certaine amélioration de ces indices (Timko et al., 1999). Ici, nous nous concentrons uniquement sur (1) les associations prédictives entre les indices fondés sur la théorie des ressources de protection à 3, 8, et 16 ans; (2) le développement d'un indice de protection des ressources pour prédire la rémission postérieure; (3) l'interaction entre les ressources de protection, le traitement et la rémission; et (4) la mesure dans laquelle les ressources de protection expliquent ou négocient l'association entre le traitement et la rémission.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Trois théories ont été utilisées pour identifier les ressources personnelles et sociales liées au développement, l'entretien et la rémission de la consommation des troubles d'alcool (AUDS). Selon l'apprentissage social et la théorie de la prévention de la rechute, la confiance en soi pour gérer les situations à haut risque et le recours à coping contribuent à une rémission stable (Bandura, 1977 et Marlatt et Gordon, 1985). Concernant le comportement économique ou la théorie du choix comportemental, les points saillants sont l'implication des individus dans des activités qui les protègent de l'exposition et les possibilités d'utiliser l'alcool et la présence de récompenses alternatives à celles qui peuvent être obtenues à partir d'alcool (Bickel et Vuchinich, 2000). La théorie du contrôle social postule que des liens solides avec les membres de la famille, les amis et collègues motivent les individus à adopter un comportement responsable et éviter les comportements problématiques tels que l'abus d'alcool (Hirschi, 1969).</p>
Hypothèses	-
Méthodes	
Devis de	Devis quantitatif

<p>recherche</p> <p>Population</p> <p>et contexte</p>	<p>Les participants étaient des personnes souffrant de troubles de la consommation d'alcool, qui, au départ, n'ont pas bénéficié d'un traitement professionnel pour traiter leur trouble. Ces personnes ont eu un premier contact avec le système de traitement de l'alcoolisme par des informations et une orientation vers des centres de désintoxication. Après avoir fourni un consentement éclairé, 628 personnes admissibles ont rempli un inventaire de base décrit ci-dessous (pour plus d'informations sur le processus de collecte de données initiale, voir Finney et Moos, 1995). Les individus qui sont entrés dans l'étude avaient un trouble de consommation d'alcool, tel que déterminé par un ou plusieurs problèmes de toxicomanie, les symptômes de dépendance, de boire jusqu'à l'ivresse au cours du mois passé, et / ou de la perception de l'abus d'alcool comme un problème important.</p> <p>Après 1, 3, 8, et 16 ans après l'entrée de l'étude, les participants ont été localisés et invités à remplir un inventaire qui était essentiellement identique à l'inventaire de référence. Au total, 121 des 628 participants de base (19,3%) sont décédés au cours des 16 ans de suivi. Parmi les 507 participants restants, 461 (90,9%) des personnes ayant survécu ont complété deux ou plusieurs suivis ou les 16 ans de suivi. Plus précisément, 88,3%, 83,9%, 87,2% et 87,9% ont complété les suivis à la 1, 3, 8 et 16 années. En comparaison avec les 46 personnes restantes, ces 461 personnes étaient plus susceptibles d'être des femmes (50,3% contre 32,6%; $t = 2,30$, $p < .05$) et étaient employés au départ (44,3% versus 21,7%; $t = 2,97$, $p < .01$). Les individus suivis et non suivis ne différaient pas significativement au départ sur d'autres caractéristiques démographiques (âge, éducation, race / ethnicité, revenu) ou sur leur niveau de consommation d'alcool et le nombre de problèmes liés à l'alcool.</p> <p>Les 461 individus étaient presque également divisés entre les femmes (50,3%) et les hommes (49,7%). La plupart étaient de race blanche (80,0%), célibataires (76,4%) et les chômeurs (55,7%). En moyenne, au départ, ces personnes étaient dans leur milieu des années 30 (moyenne = 33,5; $SD = 8,8$; gamme 18-68) et a 13 années de scolarité (moyenne = 13,1; $SD = 2,2$; intervalle 8-17) et un revenu annuel de 12.800 \$ en dollars de 1984 (gamme 2500-45,000 \$. Ils ont consommé en moyenne 12,5 onces d'éthanol ($SD = 11,2$) lors d'un jour de boisson typique, ils étaient en état d'ébriété sur une moyenne de 13,0 jours ($SD = 10,8$) le mois dernier et avaient une moyenne de 5,0 symptômes de dépendance ($SD = 2,9$) et 4,8 problèmes d'alcool ($SD = 2,4$).</p>
---	--

Collecte des données et mesures	<p>La collecte des données a été réalisée par une combinaison de sondages envoyés par la poste et des entrevues téléphoniques. En plus d'obtenir des informations démographiques, nous avons évalué les motifs de la consommation OH et les problèmes des personnes interrogées, le fonctionnement psychosocial et les ressources personnelles et sociales au départ et chaque suivi.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Nous avons d'abord effectué des analyses de régression multiple dans laquelle les trois ensembles des indices de ressources de protection à 1 an ont été utilisés pour prédire les résultats à 3, 8 et 16 ans. Ces analyses ont contrôlé le sexe, l'état matrimonial, la durée du traitement dans la première année, et la valeur à 1 an du résultat. Les analyses préliminaires ont montré quelques associations significatives dispersées entre les variables de base démographiques (âge, éducation, race / ethnicité, statut d'emploi, revenu) et les indices de résultats dans le cadre de ces régressions. Par conséquent, ces variables ont été abandonnées par des analyses ultérieures.</p> <p>Ensuite, nous avons développé un indice de ressources de synthèse composé d'une combinaison des trois ensembles moyens de protection. Nous avons effectué une « Chi Square » analyse pour examiner l'association entre l'indice et la rémission, et des analyses de régression multiple dans laquelle les prédicteurs étaient l'indice des ressources, la durée du traitement, et l'interaction entre l'indice des ressources et la durée du traitement.</p> <p>Enfin, nous avons utilisé des analyses de régression multiple pour examiner la mesure dans laquelle la participation au traitement a été associée à des changements dans l'indice des ressources de protection entre la ligne de base et à 1 an de suivi. Les prédicteurs étaient la valeur de référence de l'indice des ressources et la durée du traitement à 1 an, et le critère était la valeur de 1 an de l'indice des ressources. Nous avons ensuite suivi les lignes de conduite de Baron et Kenny's (1986) pour examiner si les ressources de protection jouaient un rôle par rapport à l'association entre le traitement et la rémission. Nous avons utilisé un modèle fondé sur l'estimation de la régression (Hill, 1997) et des informations de base et complété des suivis pour imputer les valeurs manquantes pour les indices des ressources et les résultats. Comme indiqué précédemment, plus de 90% des participants ont terminé deux ou plusieurs des quatre suivis.</p>

Résultats Traitement des données	-
Présentation des résultats	<p>Ressources de protection et résultats AUD</p> <p>Après avoir contrôlé le sexe, l'état matrimonial, la participation au traitement, et le résultat équivalent à 1 année, la plupart des indices associés à l'apprentissage social et la théorie économique comportementale étaient liés à un ou plusieurs des résultats sur les 3 ans. Par exemple, sur plus d'une année, la confiance en soi et les ressources financières prédisent indépendamment moins de consommation d'alcool sur moins de 3 ans et moins de problèmes de consommation d'alcool (tableau 1). Une meilleure santé et une plus grande participation aux AA prédisent indépendamment moins de problèmes de consommation d'alcool. Plus de confiance en soi et une meilleure santé et de ressources financières prédisent indépendamment moins de dépression. En ce qui concerne les indices de contrôle social, plus de ressources de travail prédisent moins de problèmes d'alcool à 3 ans, moins de dépression, et un meilleur fonctionnement social; plus de soutien de membres de la famille et des amis a également prédisent un meilleur fonctionnement social au 3 ans.</p> <p>Les indices associés à l'apprentissage social et la théorie économique du comportement ont également tendance à prédire les résultats sur 8 ans. Une meilleure santé sur 1 année et plus de ressources liées aux AA prédisent indépendamment moins de consommation d'alcool sur 8 ans; une meilleure santé a également prédit moins de problèmes de consommation d'alcool sur 8 ans (tableau 2). En outre, la santé et les ressources liées aux AA prédisent indépendamment moins de symptômes dépressifs. Sur 1 année, le coping et plus de ressources financières prédisent indépendamment un meilleur fonctionnement social. Les indices associés à la théorie du contrôle social, familial sur 1 an et ressources amicales prédisent mieux le fonctionnement social sur 8 ans.</p> <p>Certaines des ressources de protection associées à l'apprentissage social et les théories économiques de comportement prédisent modestement de meilleurs résultats, même après un intervalle de 15 ans. Plus de 1 an de confiance en soi</p>

prédit indépendamment moins de consommation d'alcool sur 16 ans et moins de problèmes de consommation d'alcool; plus de ressources liées aux AA prédit également indépendamment moins de consommation d'alcool sur 16 ans (tableau 3). Plus de ressources en santé prédit moins de dépression à 16 ans. Parmi les indices de la théorie de contrôle social, plus de ressources familiales indépendamment prédisent mieux le fonctionnement social sur 16 ans et plus de ressources de travail indépendamment prédit moins de symptômes dépressifs sur 16 ans.

Ressources protectrices

Parce que chacune des ressources associées aux trois théories prédisait indépendamment un ou plusieurs résultats liés aux AUD, nous avons construit un indice global pour chaque individu sur la base d'un décompte des huit ressources indiqué dans le tableau 1, 2 et 3. Pour refléter les plus importantes ressources, les individus ont reçu un score de 1 pour chaque ressource qui était à peu près à un d'un écart-type ou plus au-dessus de la moyenne, ce qui entraîne en résumé un score des ressources protectrices allant de 0 à 8. La corrélation absolue entre les ressources individuelles à 1 an était .12; indiquant que les ressources étaient relativement indépendantes. Un plus grand nombre de ressources à 1 an ont été associées à un risque plus élevé à 3 ans de rémission ($\chi^2 = 48.96$, 7 D.F., $p < .01$). Parmi les personnes sans ressources à 1 année, seulement 26,4% ont été rétabli à 3 ans; chez les personnes ayant 5 ou plus de ressources à 1 an, 74,2% ont été rétabli (tableau 4).

Un plus grand nombre de ressources à 1 an ont également prédit une rémission à 8 ans et 16 ans ($\chi^2 = 23.24$ et 20.89, respectivement, 7 d.f.s, à la fois $p < .01$). Un total de 41,5% et 45,3% des personnes sans ressources à 1 an ont été remis à 8 et 16 ans, respectivement, comparativement à 74,2% et 71,0% des personnes ayant cinq ressources ou plus.

Pour examiner si les ressources de protection ont amplifié l'effet du traitement, nous avons effectué des analyses de régression logistique dans lesquelles les prédicteurs étaient l'indice des ressources protectrices, la durée du traitement, et l'interaction zéro centrée entre l'index des ressources et le traitement, ainsi que les critères étaient une rémission à 3, 8, et 16 ans. L'indice des ressources de protection et la durée du traitement étaient significativement associés à 3 ans de rémission ($\beta = .46$ de 0,19 et, respectivement, de deux $p < .05$). En outre, il y avait une interaction significative ($\beta = 0,17$, $p < 0,01$), de sorte que la combinaison de plus de ressources de protection et un traitement plus long a été associée à un risque plus élevé que prévu à 3 ans de rémission.

Parmi les personnes qui avaient 5 ou plus ressources sur 1 an, 83% de ceux qui étaient dans le traitement pendant 26 semaines ou plus ont été rétabli à 3 ans, comparativement à seulement 54% de ceux qui ne sont pas entrés en traitement.

	<p>En revanche, chez les personnes qui ont eu aucune ressource sur 1 an, les taux de rémission étaient comparables pour ceux qui ont pas de traitements et de ceux qui ont obtenu un traitement pendant 26 semaines ou plus (Fig. 1). Les interactions entre les ressources et la durée du traitement ne permettent pas de prédire de manière significative une rémission à 8 ou 16 ans.</p> <p>Enfin, nous avons examiné si les ressources de protection faisaient partie de l'association entre le traitement et la rémission. Le modèle de la médiation a posé que le traitement a contribué à une augmentation des ressources de protection, qui, à son tour, ont été associés à une probabilité plus élevée de rémission (Fig. 2).</p> <p>Les conditions nécessaires pour examiner le modèle ont été respectées. La participation au traitement a été associée à une augmentation de la ligne de base dans les ressources protectrices sur 1 an ($\beta = 0,17$; $p < .01$), et l'indice des ressources a été associé à une rémission à 3, 8 et 16 ans ($s = de \beta. 33, .22 et .22$, respectivement, $< .01$). Lorsqu'il est pris par lui-même, la participation au traitement dans la première année était significativement associée à trois p avec 3, 8, et 16 ans de rémission ($\beta = .11 de. 15 et .11$; $< .05$) l'inclusion de tous les trois p de l'indice des ressources de protection dans l'équation de régression prédisant 3 ans de rémission a réduit la beta estimation de l'effet du traitement de 0,11 ($p < .05$) à 0,07 (ns), ce qui indique que des ressources de protection médiées environ 36% de l'effet du traitement sur 3 ans de rémission. L'indice de protection des ressources médié une moyenne d'environ 20% de l'association entre le traitement à 8 et 16 ans de rémission.</p>
<p>Discussion</p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Dans un échantillon d'individus initialement non traités pour leur consommation d'alcool, nous avons constaté que huit des ressources de protection associées à l'apprentissage social, comportement économiquement, et des théories de contrôle social, étaient liées à des résultats plus positifs jusqu'à 15 ans plus tard. En fait, chacune des huit ressources était significativement associée à un ou plusieurs résultats, soit à deux des trois ou les trois intervalles de suivi. Un résumé des indices des ressources de protection a été associé à une plus forte probabilité de rémission ultérieure. Les ressources de protection amplifient l'effet du traitement sur la remise à court terme et partiellement l'association entre le traitement et la rémission.</p>

Perspectives futures	<p>Une priorité pour la recherche future est de savoir comment intégrer au mieux l'accent sur l'amélioration des ressources de protection dans le traitement standard pour les troubles de toxicomanie. L'accès aux interventions communautaires qui ciblent ces ressources pourrait renforcer la motivation des patients et leur permettre d'atteindre et de maintenir la rémission. Il serait également utile d'établir des liens avec la recherche comparable dans des domaines voisins, qui a montré, par exemple, que les femmes qui ont des co-facteurs de risques personnels et sociaux et quelques facteurs de protection sont les plus susceptibles de souffrir de dépression majeure et ont une mauvaise relation avec le travail (Danziger et al., 2000 et Siefert et al., 2000). D'autres questions à aborder comprennent un examen plus approfondi des processus par lesquels des ressources spécifiques améliorent la rémission, des mesures plus intégrées et globales des déterminants clés liés à la théorie de rémission, et l'exploration de la façon dont le traitement et les ressources de protection amplifient l'autre pour augmenter la probabilité de rétablissement à long terme.</p>
Questions générales	Texte compréhensible dans son ensemble, anglais relativement simple à traduire. Terme parfois difficile à retranscrire dans la langue française.
Présentation	
Évaluation globale	Résultats intéressants, mais une approche qualitative qui approfondirait les effets bénéfiques ou non de chaque ressource serait également intéressante.

Grille d'analyse				
H. Moos, R., S. Moos, B. (2006). Protective resources and long-term recovery from alcohol use disorders. <i>Drug and alcohol dependence</i> , 86, 46-54.				
Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair
Commentaires				
Titre	-Permet-il de saisir le problème de	X		
	La problématique ressort explicitement dans le titre de l'article.			

	recherche ?				
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Le résumé contient les objectifs, les mesures, les résultats et la conclusion de l'étude.
Introduction Énoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Oui, dans l'énoncé du problème du problème, on retrouve une recension des écrits des points importants des différents cadres théoriques puis la question de recherche est donnée à la fin du paragraphe « Nous nous concentrons ici sur la façon dont les ressources personnelles et sociales associées à ces trois théories prédisent des résultats auprès de personnes souffrant de troubles alcooliques à moyen et à long terme ».
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			Chaque cadre théorique est repris séparément dans l'article et un résumé des connaissances préalables est fait.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Oui, d'une part dans la recension des écrits, mais également dans le paragraphe « Cadre théorique et conceptuel ».
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?		X		Je n'ai pas trouvé de formulation d'hypothèses dans cet article.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?				-
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?		X		Non, il n'est pas explicitement donné, mais il est facile, de par la méthode et les résultats, de voir qu'il s'agit d'une étude qualitative.
Population	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Oui, l'étude décrit bien les caractéristiques de l'échantillon ainsi que le contexte de vie.

et contexte	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			Oui, car il représente 628 personnes, ce qui englobe une population large aux caractéristiques différentes.
"Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			« Sondages envoyés par la poste et des entretiens téléphoniques ».
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			Elles sont décrites dans le paragraphe « collecte des données et mesures.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?				La procédure de recherche est décrite dans le déroulement de l'étude et un consentement éclairé a été signé.
	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			
Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Sous forme de tableau, mais également expliqué dans les commentaires.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des			X	

	conclusions ?				
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			
Évaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Car il décrit précisément quelle ressource a, ou non, un effet protecteur sur la consommation de drogues.

